

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR  
MAUDE LALLEMAND

THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE AU QUOTIDIEN : EXPÉRIENCE DES  
ERGOTHÉRAPEUTES ET PERSPECTIVES DES PERSONNES CLÉS

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de ce projet d'intégration n'aurait jamais été possible sans la collaboration de plusieurs personnes. Ainsi, je tiens d'abord à remercier Madame Ginette Aubin, ma directrice d'essai et professeure au département d'ergothérapie, qui a su me guider et me soutenir à travers ce long processus de recherche. Ses nombreux conseils m'ont été très utiles pour réaliser ce projet et ses encouragements m'ont permis de rester positive et de ne pas me décourager au cours de cette dernière année. Également, je remercie infiniment les gens qui ont si généreusement participé à cette étude, que ce soit l'organisme communautaire ayant collaboré à mon projet, les quatre personnes rencontrées en entrevue, les 30 ergothérapeutes qui ont rempli le sondage électronique ainsi que ceux et celles qui ont simplement transmis le lien du sondage à d'autres. Finalement, je terminerais en remerciant de tout cœur les membres de ma famille, mon copain ainsi que mes amies pour m'avoir soutenue, écoutée et encouragée tout au long de cet essai, mais aussi tout au long de mon parcours universitaire en ergothérapie.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
RÉSUMÉ .....	x
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. La thésaurisation pathologique .....	3
2.2. Comorbidités, caractéristiques et autres problématiques similaires .....	4
2.3. Conséquences de la thésaurisation pathologique .....	5
2.3.1. Impacts sur les occupations .....	5
2.3.2. Impacts sociaux.....	7
2.3.3. Impacts sur la santé, la sécurité et la qualité de vie .....	8
2.4. L'intervention reliée à la thésaurisation pathologique.....	9
2.5. Pertinence d'explorer les forces des personnes présentant une problématique de TP et l'expérience des ergothérapeutes avec cette clientèle.....	11
2.6. But et objectifs de la recherche.....	13
3. CADRE CONCEPTUEL.....	14
3.1. L'approche axée sur les forces.....	14
3.1.1. Définition des forces.....	15
3.2. Le Modèle canadien du processus de pratique .....	16
3.2.1. Le contexte sociétal .....	18
3.2.2. Le contexte de la pratique .....	18
3.2.3. Les schèmes de référence .....	18
3.2.4. Le processus de pratique.....	18
3.2.4.1. Initier et établir le contact .....	19
3.2.4.2. Établir les balises .....	19
3.2.4.3. Évaluer et analyser.....	19
3.2.4.4. Convenir des objectifs et du plan.....	20
3.2.4.5. Mettre en œuvre un plan .....	20
3.2.4.6. Faire le suivi et adapter .....	20
3.2.4.7. Évaluer les résultats .....	21
3.2.4.8. Conclure et mettre fin .....	21
4. MÉTHODE.....	22

4.1. Devis .....	22
4.2. Participants.....	23
4.2.1. Critères d’inclusion des participants présentant une problématique de TP (volet 1) ..	24
4.2.2. Critères d’inclusion des ergothérapeutes participants à l’entrevue (volet 2).....	24
4.2.3. Critères d’inclusion des ergothérapeutes participants au sondage (volet 3) .....	24
4.2.4. Recrutement des participants présentant une problématique de TP (volet 1).....	24
4.2.5. Recrutement des ergothérapeutes participants à l’entrevue (volet 2) .....	25
4.2.6. Recrutement des ergothérapeutes participants au sondage (volet 3) .....	25
4.3. Collecte des données.....	26
4.3.1. Entrevues auprès des personnes présentant une problématique de TP (volet 1) .....	26
4.3.2. Entrevues auprès des ergothérapeutes (volet 2).....	27
4.3.3. Sondage auprès des ergothérapeutes (volet 3) .....	27
4.4. Analyse des données .....	28
4.5. Considérations éthiques .....	28
5. RÉSULTATS.....	30
5.1. Volet 1 : Personnes présentant une problématique de TP.....	30
5.1.1. Description des participants présentant une problématique de TP .....	30
5.1.2. Description des facteurs ayant pu contribuer à la problématique de TP.....	31
5.1.3. Perceptions des forces individuelles .....	32
5.1.3.1. Aspirations .....	32
5.1.3.2. Compétences .....	33
5.1.3.3. Confiance en soi.....	33
5.1.3.4. Traits positifs de la personnalité .....	34
5.1.3.5. Intérêts et occupations significantes .....	34
5.1.4. Perceptions des forces de l’environnement .....	35
5.1.4.1. Ressources de l’environnement .....	35
5.1.4.2. Relations sociales.....	36
5.1.4.3. Possibilités .....	36
5.2. Volet 2 : Ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle .....	37
5.2.1. Description des ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle.....	37
5.2.2. Expériences directes des ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle.....	37
5.2.2.1. Cas rencontrés .....	38
5.2.2.2. Évaluations et interventions réalisées .....	39
5.2.2.3. Éléments d’intervention clés.....	44

5.2.2.4. Forces des personnes présentant une problématique de TP .....	45
5.2.2.5. Sentiment de compétence et connaissances des ergothérapeutes .....	45
5.2.2.6. Rôle de l'ergothérapeute .....	46
5.3. Volet 3 : Ergothérapeute ayant participé au sondage.....	47
5.3.1. Description des ergothérapeutes ayant participé au sondage.....	47
5.3.2. Expériences directes et indirectes des ergothérapeutes ayant participé au sondage ...	50
5.3.2.1. Contextes de travail.....	51
5.3.2.2. Professionnels étant intervenus spécifiquement sur la problématique de TP .....	51
5.3.2.3. Membres de l'environnement social rencontrés par les ergothérapeutes .....	52
5.3.2.4. Références en ergothérapie .....	53
5.3.2.5. Évaluations et interventions en lien spécifiquement avec la problématique de TP .....	54
5.3.2.6. Évaluations et interventions en lien avec le motif de la référence initiale en ergothérapie.....	56
5.3.2.7. Rôle de l'ergothérapeute .....	58
5.3.2.8. Sentiment de compétence et connaissances des ergothérapeutes .....	58
6. DISCUSSION .....	61
6.1. Forces individuelles et forces de l'environnement des personnes présentant une problématique de TP .....	61
6.2. Synthèse du processus de pratique rapporté par les ergothérapeutes .....	63
6.2.1. Contexte, schèmes de référence et processus .....	63
6.2.2. Utilisation d'une approche axée sur les forces auprès de cette clientèle .....	65
6.2.3. Éléments d'intervention clés.....	66
6.3. Rôle de l'ergothérapeute et besoin de formation .....	67
6.4. Forces et limites de l'étude .....	68
6.4.1. Forces.....	68
6.4.2. Limites .....	68
6.5. Retombées de l'étude pour la pratique en ergothérapie .....	69
7. CONCLUSION .....	70
RÉFÉRENCES .....	72
ANNEXE A .....	77
ANNEXE B .....	78
ANNEXE C .....	79
ANNEXE D .....	80
ANNEXE E.....	87
ANNEXE F .....	89
ANNEXE G .....	91

ANNEXE H .....	93
ANNEXE I.....	94
ANNEXE J.....	95

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : <i>Exemples d'interventions utilisées auprès de personnes présentant une problématique de TP</i> .....	11
Tableau 2 : <i>Description des participantes présentant une problématique de TP</i> .....	30
Tableau 3 : <i>Facteurs rapportés ayant pu contribuer à la problématique de TP</i> .....	32
Tableau 4 : <i>Description des ergothérapeutes rencontrés en entrevue</i> .....	37
Tableau 5 : <i>Description des clients rencontrés par les ergothérapeutes</i> .....	38
Tableau 6 : <i>Évaluations et interventions réalisées par les ergothérapeutes</i> .....	40
Tableau 7: <i>Description des ergothérapeutes participants au sondage</i> .....	48
Tableau 8 : <i>Motifs des références initiales en ergothérapie</i> .....	54
Tableau 9 : <i>Interventions spécifiquement en lien avec la problématique de TP</i> .....	56
Tableau 10 : <i>Interventions en lien avec les motifs des références initiales</i> .....	57



## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Les forces individuelles d'une personne et de son environnement .....	16
<i>Figure 2.</i> Modèle canadien du processus de pratique (MCP) .....	17
<i>Figure 3.</i> Répartition des ergothérapeutes selon les milieux de pratique .....	49
<i>Figure 4.</i> Répartition des ergothérapeutes selon les types de clientèles .....	49
<i>Figure 5.</i> Répartition des ergothérapeutes en fonction du nombre d'expériences de travail directes et indirectes.....	50
<i>Figure 6.</i> Contextes de travail dans lesquels les ergothérapeutes ont été impliqués auprès de personnes présentant une problématique de TP .....	51
<i>Figure 7.</i> Professionnels étant intervenus spécifiquement sur la problématique de TP .....	52

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
APA	American Psychiatric Association
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CLSC	Centre local de services communautaires
E1	Ergothérapeute 1
E2	Ergothérapeute 2
FR	Fauteuil roulant
MCPP	Modèle canadien du processus de pratique
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SIV	Suivi d'intensité variable
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TP	Thésaurisation pathologique
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

## RÉSUMÉ

**Problématique:** Le désordre extrême engendré par l'accumulation compulsive d'objets chez les personnes présentant un trouble de la thésaurisation pathologique (TP) entraîne de nombreuses difficultés à fonctionner dans leurs occupations. Plusieurs conséquences négatives sur leurs relations sociales, leur santé, leur sécurité et leur qualité de vie peuvent en résulter. En tant qu'expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute peut aider ces personnes à mieux fonctionner dans leurs occupations de la vie de tous les jours. Toutefois, le rôle et les interventions en ergothérapie avec cette clientèle restent encore peu explorés à ce jour, de même que l'utilisation d'une approche d'intervention centrée sur les forces de la personne. **Objectifs:** Le premier objectif de recherche vise à explorer la perception des personnes présentant une problématique de TP par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement. Le deuxième objectif vise à mieux connaître l'expérience des ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle. **Cadre conceptuel:** La présente recherche a pour orientations théoriques l'approche axée sur les forces ainsi que le Modèle canadien du processus de pratique (MCP). **Méthode:** Cette étude s'inscrit dans un devis qualitatif descriptif. Pour répondre au premier objectif, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de personnes présentant une problématique de TP. Pour répondre au deuxième objectif, une méthode de recherche mixte simultanée imbriquée à prédominance qualitative a été utilisée puisque des entrevues individuelles semi-structurées ainsi qu'un sondage électronique via les réseaux sociaux ont été effectués auprès d'ergothérapeutes ayant eu des expériences de travail avec cette clientèle. Une analyse thématique a ensuite été réalisée à partir des questions d'entrevue et du cadre conceptuel de l'étude tout en permettant l'émergence d'autres thèmes. Pour ce qui est des données obtenues par questionnaire, des statistiques descriptives ainsi qu'une analyse de contenu ont été effectuées. **Résultats:** Au total, deux personnes présentant une problématique de TP et deux ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue et 30 ergothérapeutes provenant de 14 régions administratives au Québec ont répondu au questionnaire. Les personnes présentant une problématique de TP peuvent nommer plusieurs forces individuelles et de leur environnement, mais celles-ci s'actualisent davantage à l'extérieur de leur domicile. Un ergothérapeute a d'ailleurs utilisé des méthodes, telles que la narration et l'histoire de vie, pour explorer ces forces. Les ergothérapeutes en santé mentale et en santé physique sont appelés à travailler avec ces personnes et ceux-ci réalisent des interventions basées sur différents schèmes de référence et approches dont l'objectif principal est de favoriser le fonctionnement et la sécurité dans les occupations à domicile en aidant à désencombrer l'environnement. **Discussion:** Les ergothérapeutes allant à domicile sont mieux placés pour constater la problématique de TP et ainsi intervenir sur celle-ci. Une approche axée sur les forces pourrait être utilisée en ergothérapie avec cette clientèle dans une perspective de rétablissement en santé mentale. L'exploration des forces peut favoriser la reprise d'occupations significatives et diminuer l'isolement social, et certaines forces peuvent par ailleurs être utilisées comme motivateurs au désencombrement. **Conclusion:** Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer auprès de cette clientèle, mais de la formation serait pertinente. Il serait intéressant de concevoir un document de référence détaillant les pratiques existantes en ergothérapie auprès de cette clientèle afin d'outiller les ergothérapeutes au Québec dans leurs interventions.

**Mots clés:** Trouble de la thésaurisation pathologique, ergothérapie, approche axée sur les forces, interventions, occupations significatives

## ABSTRACT

**Issue:** The extreme level of clutter generated by the compulsive accumulation of objects by people living with a hoarding disorder causes many difficulties of functioning in their everyday occupations. Several negative consequences on their social relations, health, safety and quality of life are then observed. As an expert in enabling occupation, the occupational therapist can help these people to better function in their everyday life occupations. However, to this date, the occupational therapist's role and interventions with these clients still remain little explored, just as the use of an intervention approach centered on the person's strengths. **Objectives:** The first research objective aims at exploring the perception of the people living with a hoarding disorder in relation to their individual and environmental strengths. The second objective focuses on knowing more about the experiences occupational therapists have had with this clientele in Quebec. **Conceptual framework:** The present research has for theoretical orientations the strengths-based approach as well as the Canadian Practice Process Framework (CPPF). **Method:** The study used a qualitative descriptive design. To answer the first objective, semi-structured individual interviews were carried out with people living with a hoarding disorder. To answer the second objective, a mixed methods concurrent nested study with qualitative prevalence was used, where semi-structured individual interviews as well as an electronic survey via the social networks were carried out with occupational therapists having had work experience with this clientele. A thematic analysis was conducted from the interview questions and the conceptual framework of the study while allowing the emergence of other themes. As for the data obtained by questionnaire, descriptive statistics and content analysis were conducted. **Results:** In total, two person with hoarding disorder and two occupational therapists were interviewed and 30 occupational therapists coming from 14 Quebec administrative regions answered the online questionnaire. The persons with hoarding disorder named several of their individual and environment strengths but those were mostly actualized outside of their home. An occupational therapist has used such methods as narrative and life history approaches to explore these strengths. The occupational therapists in mental and physical health were called to work with this clientele and they carried out interventions based on various frames of reference and approaches. Their principal objective was to support the ability to function safely in residential occupations by contributing to declutter the environment. **Discussion:** Occupational therapists working with homebound clients are in the best position to observe and intervene on hoarding disorder. With the prospect of recovery in mental health, a strengths-based approach could be used in occupational therapy with these clients. The exploration of the strengths can stimulate the resumption of meaningful occupations and help decrease social isolation. Certain strengths can in addition be used as motivators for decluttering. **Conclusion:** Occupational therapists certainly have a role to play with these clients but training would be advisable. It would be interesting to make a reference document detailing the existing practices in occupational therapy with these clients in order to support the Quebec occupational therapists in their interventions.

**Key words:** Hoarding disorder, occupational therapy, strengths-based approach, interventions, meaningful occupations

## 1. INTRODUCTION

Aussi connu sous le nom d'accumulation compulsive d'objets, syllogomanie ou *hoarding disorder* en anglais, le trouble de la thésaurisation pathologique est un sujet d'étude actuel depuis les dernières décennies (Steketee et Frost, 2014a). En effet, bien qu'il soit maintenant reconnu comme un diagnostic de trouble de santé mentale depuis 2013 dans le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013/2015), plusieurs éléments de ce trouble restent encore incompris et son caractère plutôt spectaculaire suscite l'intérêt et la curiosité de plusieurs chercheurs. Toutefois, l'incompréhension de la population générale à l'égard de cette problématique encourage, entre autres, la stigmatisation des personnes qui en sont atteintes. Ceci favorise alors l'isolement social de plusieurs de celles-ci, qui tentent de cacher à tous leur domicile en raison de l'embarras vécu face à leur désordre causé par leur multitude de possessions (O'Connor, St-Pierre-Delorme et Koszegi, 2012). Pour cette raison, la plupart des gens croient que ce trouble se retrouve en très faible proportion dans la société, mais celui-ci touche tout de même 2 à 5 % de la population (O'Connor et *al.*, 2012) et constitue un phénomène universel (APA, 2013/2015).

Par ailleurs, les personnes qui présentent une problématique de thésaurisation pathologique (TP) doivent composer avec le désordre excessif engendré par l'accumulation compulsive d'objets. En effet, celui-ci entraîne de nombreuses difficultés chez ces personnes à fonctionner dans leurs activités quotidiennes à domicile ainsi que plusieurs conséquences négatives sur leurs relations sociales, leur santé, leur sécurité et leur qualité de vie (APA, 2013/2015). De fait, l'ergothérapie pourrait s'avérer bénéfique avec une clientèle présentant une problématique de TP. En effet, en tant qu'expert en habilitation de l'occupation, l'ergothérapeute tente de favoriser le fonctionnement autonome et sécuritaire de la personne dans ses occupations significantes et essentielles de la vie de tous les jours (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012). Cependant, il ne s'agit pas simplement d'éliminer les obstacles environnementaux, qui entravent la réalisation des occupations, en désencombrant d'un seul coup le domicile de la personne, car cette expérience pourrait s'avérer extrêmement traumatisante pour celle-ci (O'Connor et *al.*, 2012). Or, le rôle de l'ergothérapeute avec cette clientèle ainsi que les interventions ergothérapiques possibles et efficaces auprès de celle-ci

restent encore peu connus et peu explorés à ce jour. De plus, bon nombre d'écrits dans la littérature traitent des symptômes et déficits que cette clientèle présente ainsi que les problèmes auxquels ces personnes sont confrontées, mais qu'en est-il de leurs forces, de leurs intérêts et des éléments qui sont significatifs pour elles dans leur vie? Il serait intéressant de connaître davantage ces aspects. En effet, lors de son évaluation auprès de chaque client, l'ergothérapeute cherche habituellement à mieux connaître ces éléments afin de les intégrer dans son intervention pour favoriser l'estime de soi et la motivation du client ainsi que son engagement dans le processus ergothérapique (Townsend, Trentham, Clark et *al.*, 2013). De plus, ces éléments peuvent aussi aider à cibler certains objectifs dans le but de promouvoir la santé et le bien-être du client par sa pleine participation dans ses occupations significatives (ACE, 2012).

Cet essai critique, à trois volets, s'intéressera donc à la contribution possible des ergothérapeutes au Québec auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP ainsi qu'aux forces de ces personnes. La première section de cet essai présentera la problématique à la base de cette recherche ainsi que les objectifs de recherche qui en découlent. La section suivante définira le cadre conceptuel choisi comme orientation théorique de cette étude. Puis, en troisième lieu, la méthodologie utilisée afin d'atteindre les objectifs de recherche sera décrite. Par la suite, les résultats de l'étude seront présentés et seront ensuite discutés à l'égard des objectifs de recherche ainsi que des résultats obtenus dans d'autres études. Les forces et les limites de l'étude ainsi que ses retombées pour la pratique en ergothérapie seront aussi présentées. Finalement, une synthèse des éléments importants de cette étude ainsi que quelques recommandations pour les recherches futures seront présentées en guise de conclusion.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Cette section consiste d'abord à faire état des connaissances actuelles sur le trouble de la TP. Cette problématique sera alors détaillée, tout comme ses conséquences sur les différentes sphères de la vie des personnes qui vivent au quotidien avec celle-ci ainsi que le processus d'intervention couramment effectué auprès de cette clientèle. Par la suite, la pertinence de l'étude en ce qui a trait à l'ergothérapie sera précisée et les objectifs de recherche seront établis.

### 2.1. La thésaurisation pathologique

La thésaurisation pathologique (TP), ce trouble de santé mentale qui réfère à l'accumulation compulsive d'objets, est de plus en plus connue et médiatisée depuis les dernières années (Steketee et Frost, 2014a). Ceci s'observe notamment par le succès de la série américaine *Hoarders : Buried Alive* diffusée sur la chaîne TLC et *Désordre extrême*, la traduction francophone, sur les ondes de AddikTV. Or, depuis 1990, les recherches sur cette problématique sont en plein essor et les connaissances permettant de mieux comprendre celle-ci ne cessent de se développer (Steketee et Frost). D'ailleurs, grâce aux nombreuses données empiriques recueillies, cette pathologie est maintenant considérée comme un trouble distinct dans le DSM-5 parmi les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés (APA, 2013/2015). Il s'agit, en fait, d'un phénomène universel qui touche environ 2 à 5 % de la population et ce sont majoritairement les adultes et les personnes âgées qui en sont atteints de façon significative (APA; O'Connor et *al.*, 2012). Selon le DSM-5 (APA), une personne présente ce trouble lorsqu'elle est incapable de se départir de ses biens en raison d'un besoin excessif de les conserver ainsi que d'une souffrance et une détresse face au fait de s'en départir. La personne est attachée à ses objets, qu'ils aient de la valeur ou non (APA; Kellett et Knight, 2003), et, en contrepartie, ceux-ci apportent souvent un sentiment de sécurité à la personne (O'Connor et *al.*). De plus, certains individus se sentent même responsables de leurs possessions (APA; O'Connor et *al.*). Pratiquement tout peut être conservé, que ce soit des journaux, magazines, livres, vêtements, bibelots, nourriture périmée, déchets; ceux-ci étant empilés de manière aléatoire et désorganisée un peu partout dans la maison (Bratitotis, Steketee et Schmalisch, 2011; O'Connor et *al.*). De plus, 80 à 90 % des cas font aussi de l'acquisition excessive, c'est-à-dire qu'ils sont incapables de résister au fait de se procurer d'autres objets non nécessaires (APA). Tous ces symptômes entraînent alors une accumulation

démesurée d'objets et un désordre extrême encombrant le milieu de vie de la personne et compromettant ainsi l'utilisation des pièces de son domicile (APA). À l'heure actuelle, la cause exacte de ce trouble demeure encore inconnue, mais d'une part la vulnérabilité biologique et d'autres parts certains événements de vie traumatisants ou stressants ainsi que le rejet et l'abandon pourraient constituer des facteurs de risque de développement de celui-ci (APA; O'Connor et *al.*). Il n'est donc pas rare que l'accumulation apparaisse en début d'adolescence et qu'elle s'aggrave et se chronicise au fil du temps (Ayers, Saxena, Golshan et Wetherell, 2010; Grisham, Frost, Steketee, Kim et Hood, 2006).

## **2.2. Comorbidités, caractéristiques et autres problématiques similaires**

Les troubles anxieux ainsi que les troubles de l'humeur sont les affections comorbides les plus souvent rencontrées chez les personnes ayant un trouble de la TP (APA, 2013/2015). Parmi celles-ci, le trouble dépressif majeur est le plus fréquent et se retrouve dans près de la moitié des cas (APA; Frost, Steketee et Tolin, 2011). Pour ce qui est des autres comorbidités, le trouble d'anxiété généralisée, l'anxiété sociale et les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) sont aussi très courants (APA; Frost et *al.*, 2011). Il va sans dire que l'anxiété est une caractéristique dominante chez les personnes présentant un trouble de la TP (APA; Steketee et Frost, 2014a). Certaines autres caractéristiques sont aussi souvent observées, telles qu'une labilité émotionnelle ainsi que des problèmes d'attachement à autrui (O'Connor et *al.*, 2012). Aussi, ces personnes ont une forte tendance au perfectionnisme (APA). En effet, certaines raisons qui les empêchent de faire le tri ou de se départir de leurs objets sont la peur de faire de mauvais choix et de regretter par la suite ainsi que l'idée que tout doit être fait parfaitement et sans erreur (O'Connor et *al.*). De plus, à ce désir de perfection peuvent s'ajouter des difficultés de prise de décisions, de priorisation, de planification et d'organisation ainsi qu'une faible autocritique et un manque de motivation à changer (APA; Bratton et *al.* 2011). Or, tout ceci exacerbe alors, entre autres, la procrastination et l'évitement du problème, ce qui fait en sorte que les personnes présentant un trouble de la TP consultent rarement directement pour leurs difficultés liées à l'accumulation (APA).

Évidemment, tel que spécifié dans les critères du DSM-5 (APA, p.290), l'accumulation d'objets ne doit pas être due aux symptômes d'un autre trouble mental ou affection médicale



pour que le diagnostic de trouble de TP soit posé. Par contre, il est tout de même possible d'observer une problématique d'accumulation d'objets chez des personnes présentant une autre pathologie. En effet, selon l'APA (2013/2015, p.295), une personne qui présente un TOC accumule des objets en raison d'une obsession bien spécifique sans véritable désir de posséder ces objets; la cause de l'encombrement de son milieu de vie est donc différente de celle d'une personne présentant un trouble de la TP. Par exemple, celle-ci pourrait accumuler de façon compulsive tous les objets ayant un lien avec sa vie par peur de perdre un jour son identité (APA). Dans le même ordre d'idées, le syndrome de Diogène, qui touche principalement les personnes âgées, constitue un autre exemple de pathologie dans laquelle une problématique d'accumulation d'objets peut être observée (O'Connor et *al.*, 2012). Cependant, dans ce syndrome la personne néglige son environnement, mais aussi son hygiène corporelle, et son domicile est à la fois encombré et insalubre. De plus, contrairement au trouble de la TP, ce syndrome est dû à une détérioration des fonctions cognitives (Beauchet et *al.*, 2002; O'Connor et *al.*).

### **2.3. Conséquences de la thésaurisation pathologique**

Le trouble de la TP a pour particularité de se manifester davantage dans l'environnement que par la personne même qui présente cette pathologie. En effet, en dehors du lieu d'habitation, la personne peut sembler en parfaite santé et nul ne pourrait croire que cette dernière vit dans un milieu encombré et chaotique. Cependant, une fois entré dans la maison, ou même parfois seulement dans la cour extérieure de cette personne, le désordre et l'accumulation d'objets sont bel et bien observables (O'Connor et *al.*, 2012). Ce sont ces éléments qui constituent les principaux obstacles à la réalisation des occupations, à l'établissement de relations sociales, à la sécurité à domicile ainsi qu'à la santé et à la qualité de vie des personnes présentant ce trouble (APA, 2013/2015; O'Connor et *al.*). Par ailleurs, en plus d'entraîner de nombreux impacts négatifs sur la personne elle-même, cette problématique affecte aussi largement l'entourage de celle-ci (Tolin, Frost, Steketee et Fitch, 2008a).

#### **2.3.1. Impacts sur les occupations**

Selon Dunton (1919, p.10), l'occupation est considérée comme un besoin fondamental de l'être humain. Par conséquent, et tel que mentionné par Polatajko, Davis, Stewart et *al.* (2013),

chaque individu a besoin de s'adonner à des occupations pour survivre et être en santé. En ergothérapie, le terme « occupation » désigne toutes les activités et les tâches qu'une personne réalise (ACE, 2002). Par exemple, manger un repas, cuisiner, se laver, s'habiller, s'adonner à un sport, jouer aux échecs, étudier, travailler et même dormir sont toutes des occupations. Ainsi, chaque jour les individus effectuent des occupations, et ce, tout au long de leur vie (Polatajko, Backman, Baptiste et *al.*, 2013). Toutefois, la facilité avec laquelle ceux-ci réalisent leurs occupations dépend de plusieurs facteurs. Dans le cas des personnes présentant une problématique de TP, l'environnement physique constitue un obstacle majeur à la réalisation des occupations quotidiennes à domicile. En effet, plus l'encombrement des espaces et le désordre sont importants, plus les personnes éprouvent des difficultés à fonctionner dans leur milieu de vie (Frost, Hristova, Steketee et Tolin, 2012; Steketee et Frost, 2014a). Par exemple, pour cuisiner, un espace de travail dégagé est nécessaire afin de couper et mélanger les aliments ainsi qu'un four ou un micro-onde pour faire cuire ceux-ci. Toutefois, il peut être difficile pour la personne présentant un trouble de la TP de cuisiner lorsque les comptoirs, la table de cuisine, le four et le micro-onde sont ensevelis et/ou remplis d'objets de toutes sortes. Par ailleurs, se laver peut aussi devenir une tâche ardue lorsque la baignoire et la douche servent de panier et d'armoire pour entreposer une panoplie d'objets. Il peut même arriver que la personne ne puisse plus dormir dans son lit ou utiliser la toilette pour faire ses besoins lorsque ceux-ci sont excessivement encombrés d'objets ou sont difficiles d'accès. La personne peut alors être obligée de se laver dans un endroit public, tel qu'un centre de sports par exemple, se trouver un recoin dans la maison où dormir sur le sol et faire ses besoins à un autre endroit que dans sa toilette. De plus, il peut être extrêmement difficile de se déplacer dans le domicile. Certaines pièces peuvent finir par être condamnées et les passages se font sans cesse plus étroits en raison des quantités importantes d'objets qui s'accumulent. Il faut alors que la personne se fraye certains chemins pour être en mesure de circuler au travers des montagnes d'objets empilés. Par ailleurs, étant donné que les espaces de rangement sont déjà bien remplis et que tout le reste de la maison l'est aussi, il arrive parfois que la personne soit obligée de se louer ou de s'acheter d'autres endroits pour entreposer ses effets personnels tellement ils sont nombreux. Évidemment, les loisirs et les passe-temps peuvent aussi être restreints et négligés puisque la personne n'a plus nécessairement l'espace pour les réaliser à domicile ou pour conserver le matériel nécessaire à leur réalisation dans son domicile premier (APA, 2013/2015; O'Connor et *al.*, 2012; Steketee et Frost, 2004). Le

trouble peut même entraîner des répercussions sur le fonctionnement de la personne à son travail si son milieu de travail, tel que son bureau par exemple, est lui aussi encombré et désorganisé (Tolin, Frost, Steketee, Gray et Fitch, 2008b). En effet, dans une étude de Tolin et *al.* (2008b), sur un échantillon de 645 personnes présentant un trouble de la TP, 5,5% des participants s'étaient fait licencier de leur emploi en raison de l'encombrement et du désordre de leur bureau. Finalement, les personnes présentant une problématique de TP, surtout celles faisant de l'acquisition excessive, peuvent aussi rencontrer des difficultés à gérer leur budget et payer leurs factures, soit parce qu'elles ne disposent plus d'assez d'argent pour payer celles-ci ou qu'elles n'arrivent simplement plus à retrouver leurs factures et leurs papiers relatifs à la gestion financière dans tout ce désordre (Tolin et *al.*, 2008b; Tompkins, 2011).

### **2.3.2. Impacts sociaux**

Bien entendu, l'environnement généré par les symptômes de la TP entraîne de nombreuses répercussions négatives sur les relations sociales de la personne. En effet, tout cet encombrement et ce désordre engendrent la plupart du temps des commentaires et des critiques de la part des proches, propriétaires et voisins (O'Connor et *al.*, 2012). De plus, les menaces d'expulsion du domicile sont fréquentes (APA, 2013/2015). Ceci provoque alors des conflits, que ce soit avec les membres de la famille, le voisinage ou même les autorités publiques (APA). Or, les personnes présentant un trouble de la TP ont tendance à s'isoler peu à peu de leur entourage et cacher leur environnement aux yeux des autres, que ce soit par ressentiment, par honte, pour éviter les disputes ou pour éviter l'éviction (APA; O'Connor et *al.*). Il va sans dire que la TP entraîne aussi des répercussions sur les relations amoureuses. En effet, dans une étude de Kim, Steketee et Frost (2001), sur un échantillon de 62 personnes présentant un trouble de la TP, 82% des participants vivaient seuls et 55% n'avaient jamais été mariés. Ceci est logique puisqu'il est difficile d'entretenir une relation amoureuse sachant qu'il est impossible de cacher son chez-soi à long terme à son partenaire et que plusieurs personnes peuvent avoir tendance à fuir en constatant l'ampleur du désordre. Mais qu'en est-il de ceux qui vivent avec une personne ayant ce trouble? En fait, il peut devenir très pénible de vivre sous le même toit qu'une personne dont les symptômes de la TP deviennent de plus en plus apparents (Steketee et Frost, 2014a). En effet, une étude de Tolin et *al.* (2008a) a montré que la plupart des enfants qui grandissent dans un environnement fortement encombré en souffrent et éprouvent des difficultés à se faire des

amis par honte d'inviter des camarades à la maison. Or, selon les résultats de cette étude, ceci est très nocif pour la relation parent-enfant, car les enfants tendent à développer beaucoup de frustration et de rancune envers leur parent, qu'ils tiennent responsable de leur enfance malheureuse.

### **2.3.3. Impacts sur la santé, la sécurité et la qualité de vie**

En plus de constituer un véritable obstacle au fonctionnement occupationnel et social, l'encombrement causé par la TP entraine aussi des conséquences majeures sur la santé de la personne (APA, 2013/2015; Steketee et Frost, 2014a). En effet, plusieurs facteurs, dont la mauvaise alimentation liée aux difficultés à cuisiner ainsi que la sédentarité liée, entre autres, à l'isolement et aux difficultés à circuler dans le domicile, sont manifestement reliés à un haut taux d'obésité et de maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension artérielle et la fibromyalgie (Tolin et *al.*, 2008b). Par le fait même, toute cette accumulation compulsive d'objets entraine également plusieurs dangers pour la sécurité de la personne ainsi que pour les autres habitants du même immeuble (APA, 2013/2015; Steketee et Frost, 2014a). En effet, selon Kim et *al.* (2001), l'entrée d'objets de toutes sortes à l'intérieur du domicile engendre un risque élevé d'infestations par des insectes et autres vermines. Ces auteurs mentionnent aussi que les piles d'objets comprenant des items inflammables près des sources de chauffage, des luminaires et sur le four constituent des dangers réels d'incendie. De plus, à ceci s'ajoute le risque que la personne ne puisse évacuer son domicile en cas de feu puisque les sorties sont souvent obstruées (Kim et *al.*, 2001). Également, les minuscules chemins pour circuler ainsi que les obstacles dans les passages et dans les pièces constituent, quant à eux, de véritables risques de chutes et peuvent causer des blessures physiques graves (Kim et *al.*, 2001). D'ailleurs, ces blessures peuvent facilement s'infecter et évoluer en plaies, surtout dans des conditions insalubres (Tolin et *al.*, 2008b). Or, un environnement insalubre, comprenant de la nourriture avariée ou des matières fécales par exemple, est aussi associé à un risque d'empoisonnement ayant un impact direct sur la santé de la personne (Kim et *al.*, 2001). Par conséquent, tous ces risques et mauvaises conditions de vie ajoutés aux altérations du fonctionnement occupationnel et social, c'est-à-dire aux difficultés rencontrées dans la réalisation des activités quotidiennes et dans l'établissement de relations interpersonnelles, font en sorte que la qualité de vie des personnes présentant un trouble de la TP est souvent fortement diminuée (APA).

## 2.4. L'intervention reliée à la thésaurisation pathologique

Il est possible que les personnes présentant un trouble de la TP puissent cacher leur environnement aux yeux des autres pendant un certain temps. Toutefois, O'Connor et *al.* (2012) expliquent qu'il arrive un moment où la plupart font face à un danger trop grand pour leur propre santé et sécurité ainsi que celle des autres et des moyens urgents doivent alors être entrepris. Or, selon ces auteurs, il est fréquent dans cette situation que ce soit le propriétaire du logement, un voisin, un inspecteur ou un membre de la famille qui émette une plainte aux autorités. La personne peut alors être menacée d'éviction si elle ne désencombre pas sur le champ son domicile ou encore une équipe engagée par la municipalité peut être envoyée pour vider et nettoyer complètement les lieux (O'Connor et *al.*). Comme le rapportent O'Connor et *al.* (2012), une expérience de la sorte peut s'avérer très traumatisante pour la personne, même si cela est fait pour son bien. C'est donc pourquoi il est beaucoup plus favorable que ce soit la personne elle-même qui demande de l'aide, bien que ce soit manifestement plus rare et souvent trop tard (O'Connor et *al.*).

Par contre, cette clientèle requiert une utilisation importante de services sociaux et de santé étant donné les nombreuses conséquences associées à ce trouble sur la santé telles qu'énumérées plus haut (APA, 2013/2015; Tolin et *al.*, 2008b). Ainsi, il arrive que certains intervenants viennent à domicile pour une autre raison (par exemple, donner la médication ou bien réaliser une évaluation ou une intervention suite à la demande du médecin ou suite à une hospitalisation) et que la problématique d'accumulation compulsive soit constatée à ce moment. Cette situation peut alors être bénéfique pour la personne si la problématique est dépistée assez tôt afin qu'un processus thérapeutique soit entrepris (O'Connor et *al.*). En effet, il faut s'attendre à ce que le processus s'échelonne sur une très longue période, car pour pouvoir intervenir sur la problématique, il est primordial que le lien de confiance thérapeute-client soit établi et que la personne soit, d'une part, consciente de son problème et, d'autres parts, motivée à changer (Koenig, Leiste, Spano et Chapin, 2013). Or, ceci peut s'avérer difficile puisque la plupart des personnes présentant une problématique de TP refusent généralement l'aide qui leur est proposée (Tompkins, 2011) et que celles-ci présentent souvent une faible autocritique et une pauvre motivation à changer (APA, 2013/2015; Bratnietis et *al.* 2011). L'intervenant doit alors faire

preuve de patience. Celui-ci doit aussi tolérer, jusqu'à un certain point, que l'environnement de la personne comporte une part de risques pendant quelque temps. Dans cette optique, Tompkins (2011) soutient que l'approche de réduction des méfaits est appropriée auprès de la clientèle présentant une problématique de TP. Cette approche, d'abord utilisée auprès des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances, vise à réduire les conséquences d'un comportement néfaste sans toutefois exiger l'arrêt complet du comportement en question (Denning et Little, 2011). Ainsi, dans le cas d'une problématique de TP, il pourrait s'agir de jeter et réorganiser seulement les éléments nécessaires pour assurer un niveau minimal de sécurité et de confort dans le domicile de la personne (Chater, Shaw et McKay, 2013; Moreau, 2016). Toutefois, les interventions doivent favoriser la sécurité, mais doivent aussi être centrées sur le client et favoriser l'*empowerment* et l'autonomie de ce dernier (Koenig et *al.*, 2013; Koenig, Chapin et Spano, 2010). L'*empowerment* fait référence à la responsabilisation et la reprise du pouvoir du client sur sa vie par l'implication active de celui-ci dans le processus thérapeutique (Brown, McWilliam et Ward-griffin, 2006; Ladd et Churchill, 2012). L'autonomie, quant à elle, fait référence au pouvoir de décider pour soi-même (Le Petit Larousse, 2010). De fait, l'approche de réduction des méfaits doit être réalisée en collaboration avec le client, une fois ce dernier prêt, en lui laissant le choix des aires à libérer et en le laissant poser lui-même certaines actions.

De plus, d'après la recension des écrits, il existe des interventions développées pour intervenir auprès de personnes présentant une problématique de TP. Bien que certains aspects de celles-ci pourraient être applicables à la profession d'ergothérapie, il ne s'agit pas de modalités d'intervention proprement ergothérapiques. Parmi les traitements le plus courants, plusieurs s'inspirent des principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui sont souvent combinés à la médication (Bineau, 2013; Steketee et Frost, 2007; Tolin, Frost, Steketee et Muroff, 2015). Le Tableau 1 présente des exemples de modalités d'intervention couramment utilisées auprès de la clientèle présentant une problématique de TP (Ayers, Bratiotis, Saxena et Wetherell, 2012; Chater et *al.*, 2013; Turner, Steketee et Nauth, 2010). Aussi, des ouvrages intéressants offrent des outils et conseils pertinents pour les professionnels intervenants auprès de cette clientèle. Notamment, le guide de pratique *Treatment for hoarding disorder: Therapist guide* de Steketee et Frost (2014b), l'outil pratique *Hoarding in the home: a toolkit for the home*

*healthcare provider* de Chater et *al.* (2013) et le livre *Entre monts et merveilles : Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive* de O'Connor et *al.* (2012) ont été publiés au cours des dernières années.

Tableau 1 : *Exemples d'interventions utilisées auprès de personnes présentant une problématique de TP*

Restructuration cognitive	Modifier les pensées et croyances erronées du client par rapport à sa relation avec les objets.
Entretien motivationnel	Comprendre l'expérience du client, explorer son ambivalence face au changement, l'amener à prendre conscience du changement à faire et le motiver à le faire.
Psychoéducation	Enseignement au client sur ce qu'est la thésaurisation pathologique pour que ce dernier puisse mieux comprendre la problématique. Enseignement de stratégies de tri, d'organisation, de catégorisation, de prise de décisions et de résolution de problèmes.
Exposition directe graduelle	Application des stratégies enseignées en situation réelle (plusieurs petites séances, gradation de la durée et de l'implication).

Finalement, étant donné la nature complexe de la problématique et ses impacts physiques, psychologiques et sur toutes les sphères de la vie de la personne, l'intervention nécessite un travail multidisciplinaire ainsi que la collaboration avec plusieurs acteurs externes du réseau de la santé et des services sociaux, tels que les services municipaux et d'incendie (Koenig et *al.*, 2013; Thomson, 2015).

## **2.5. Pertinence d'explorer les forces des personnes présentant une problématique de TP et l'expérience des ergothérapeutes avec cette clientèle**

Bien que le trouble de la TP soit de plus en plus connu et qu'il fasse l'objet de nombreuses recherches, très peu d'écrits traitent de ce qui est fait en ergothérapie avec les personnes présentant une problématique d'accumulation compulsive. Pourtant, comme mentionné précédemment, ces personnes éprouvent maintes difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes et sociales. L'ergothérapeute pourrait donc assurément intervenir auprès de cette clientèle puisque l'objectif de l'ergothérapie est de faire en sorte que le client puisse accomplir de façon autonome et sécuritaire ses occupations de la vie de tous les jours (ACE, 2012). Ainsi, dans un souci de contribuer à enrichir les connaissances sur le sujet et favoriser une pratique basée sur les données probantes en ergothérapie, il s'avère pertinent de mieux connaître l'expérience des ergothérapeutes auprès des personnes présentant une problématique de TP. De

cette façon, il sera possible de mieux comprendre ce qui est réellement fait sur le terrain avec cette clientèle, de savoir dans quels contextes les ergothérapeutes sont appelés à travailler avec celle-ci et s'ils se sentent outillés pour le faire.

De plus, d'après la recension des écrits, le modèle biomédical semble encore bien présent dans le traitement du trouble de la TP. En effet, les écrits traitent largement des interventions dans différents domaines visant à guérir la pathologie ou, du moins, à en réduire les symptômes. Par exemple, les traitements s'inspirant des principes de la thérapie cognitivo-comportementale combinés à la médication, tels que mentionnés plus haut (Bineau, 2013; Steketee et Frost, 2007; Tolin et *al.*, 2015). Ceci semble toutefois paradoxal quand on considère que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé depuis 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2016). Par ailleurs, Townsend, Trentham, Clark et *al.* (2013) affirment, quant à eux, qu'une pratique centrée sur les problèmes et les déficits peut s'avérer démotivante et entraîner des sentiments de honte et d'incapacité chez les clients. Or, certaines approches d'intervention plus positives, c'est-à-dire moins axées sur les symptômes et les déficits, correspondent mieux à la vision de la santé de l'OMS et s'accordent davantage aux fondements de l'ergothérapie en tant que « profession centrée sur le client » (ACE, 2012, p.5). Parmi celles-ci se trouve l'approche axée sur les forces, qui vise davantage à favoriser le bien-être de la personne en étant centrée à la fois sur cette dernière, sur ses forces ainsi que sur ce qui est significatif pour elle (Rapp et Goscha, 2012). Cette approche est d'ailleurs de plus en plus utilisée depuis les dernières décennies pour intervenir auprès de personnes atteintes de maladies mentales chroniques dans le cadre d'un processus de rétablissement (Rapp et Goscha). Celle-ci sera davantage détaillée dans la section de l'essai portant sur le cadre conceptuel. Ainsi, plutôt que d'être uniquement centré sur les problèmes, il est intéressant d'explorer la possibilité d'adopter une approche de ce genre en ergothérapie pour intervenir de manière positive auprès des personnes présentant un trouble de la TP. Or, pour ce faire, il s'avère d'abord nécessaire de questionner directement les personnes présentant une problématique de TP afin de mieux connaître leurs perceptions de leurs forces. Ceci permettra alors de mieux comprendre comment ce type d'approche peut être utilisé en ergothérapie avec cette clientèle.



## **2.6. But et objectifs de la recherche**

En sommes, deux lacunes sont observées suite à la recension des écrits, soit le manque de données probantes dans la littérature concernant les forces des personnes présentant une problématique de TP ainsi qu'en ce qui a trait à l'ergothérapie auprès de cette clientèle. Or, étant donné le souci d'offrir une pratique ergothérapique positive et centrée sur le client, cette étude vise principalement à explorer la contribution possible de l'ergothérapeute auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP à l'aide d'une approche axée sur les forces. Pour ce faire, les objectifs spécifiques de la recherche sont :

1. Explorer la perception des personnes présentant une problématique de TP par rapport à leurs forces individuelles et aux forces de leur environnement.
2. Mieux connaître l'expérience des ergothérapeutes au Québec auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP.

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Le cadre conceptuel choisi pour appréhender les phénomènes à l'étude est composé, en premier lieu, de l'approche axée sur les forces et, en deuxième lieu, du Modèle canadien du processus de pratique (MCPD). Ceux-ci seront présentés et illustrés dans cette section de l'essai.

#### **3.1. L'approche axée sur les forces**

L'approche axée sur les forces a été développée dans les années 1980 par Charles A. Rapp et ses collègues de l'Université du Kansas dans l'objectif, à la base, d'intervenir auprès de personnes ayant un trouble mental grave<sup>1</sup> (Rapp, Saleebey et Sullivan, 2006). Comme mentionné plus haut, « presque toutes les méthodes d'aide se concentrent explicitement sur la découverte des déficits, faiblesses, problèmes et pathologies du sujet » (Rapp, 2004, p.38). L'approche axée sur les forces constitue, pour sa part, une façon différente d'intervenir. En effet, selon Rapp (2004), l'approche axée sur les forces demande au thérapeute de modifier sa façon de percevoir son client afin de s'intéresser à ses forces plutôt qu'uniquement à ses difficultés, sans toutefois nier l'existence de la maladie. Le fait de voir la personne comme un individu distinct et non comme une simple maladie correspond davantage aux valeurs et fondements de l'ergothérapie, qui sous-tendent une approche holistique et centrée sur le client (ACE, 2012). Ainsi, comme mentionné par Rapp (2004), l'objectif de cette approche n'est pas la guérison de la maladie, ni de faire en sorte que la personne soit comme avant ou devienne identique aux autres. Il s'agit davantage d'aider celle-ci à se réaliser ainsi que favoriser sa qualité de vie et son sentiment de satisfaction personnelle en explorant et en utilisant ses forces et ce qui est significatif pour elle. Selon cet auteur, « aider les gens à vivre une vie pleine et satisfaisante est sans contredit l'approche qui, à elle seule, contribue le plus à atténuer la douleur rattachée aux symptômes » (Rapp, 2004, p.33). Cependant, comme le fait ressortir cet auteur, il peut être ardu pour les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique de ressortir spontanément des forces et des éléments positifs de leur vie étant donné la souffrance vécue ainsi que les nombreuses épreuves et déceptions auxquelles elles ont dû faire face depuis l'arrivée de la maladie. Il est donc

---

<sup>1</sup>Un trouble mental grave correspond à un diagnostic de santé mentale, excluant les troubles de la personnalité, persistant depuis au moins deux ans et entraînant un dysfonctionnement général important (E.G.F. < 50) depuis au moins un mois (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2007).

important que les intervenants fassent valoir l'individualité de chaque client en explorant tous les aspects de leur vie pouvant constituer des forces. Ceci permettra alors aux personnes d'identifier et de prendre conscience de ces éléments, qui constitueront ensuite des sources de motivation et d'espoir et contribueront au développement d'une vision de leur vie empreinte de possibilités (Rapp, 2004).

### **3.1.1. Définition des forces**

Dans le cadre de cet essai, le concept de « forces » doit être défini puisqu'il s'agit de l'objet d'étude auprès des participants présentant une problématique de TP. La définition de ce concept s'inspire de définitions proposées par plusieurs auteurs afin de permettre une exploration plus large des forces des participants considérant tous les éléments positifs pouvant faire partie de leur vie. D'abord, il existe deux types de forces selon Rapp (2004). Il s'agit des forces individuelles et des forces du milieu, qui sont en constante interaction. Selon cet auteur, les forces du milieu, ou de l'environnement, sont d'abord composées des ressources disponibles dans l'environnement de la personne, telles que les biens matériels dont elle dispose, les ressources naturelles et les services offerts par sa communauté. Elles comprennent ensuite les relations sociales, qui dépendent évidemment du réseau social de la personne. Puis finalement, elles comprennent les possibilités, c'est-à-dire les opportunités et les éventuelles occasions dont la personne pourrait profiter. Pour ce qui est des forces individuelles, celles-ci comprennent premièrement les aspirations. Ces dernières sont composées des désirs, des buts, des ambitions, des espoirs et des rêves que la personne entretient. Deuxièmement, les forces individuelles comprennent aussi les compétences qui, elles, sont composées des connaissances, des habiletés, des aptitudes, des domaines d'excellence, des savoirs ainsi que des talents de la personne. Puis, en troisième lieu vient le sentiment de confiance en soi. Ce dernier comprend la croyance de la personne en ses propres capacités, son sentiment d'auto-efficacité ainsi que l'influence et le pouvoir dont elle dispose.

Or, selon Park, Peterson et Seligman (2006), les traits positifs de la personnalité, tels que les qualités et les forces de caractère, constituent des forces inhérentes à la personne. Ainsi, dans cet essai, les traits positifs de la personnalité seront aussi considérés comme des forces individuelles. De plus, selon le modèle des loisirs et du bien-être (*The leisure and well-being*

*model*) de Hood et Carruthers (2007), les loisirs favorisent le bien-être, l'optimisme et le développement d'une identité personnelle positive ainsi que d'un sens à la vie en permettant à la personne de vivre des émotions positives tout en mobilisant ses autres forces. Selon ces auteurs, les loisirs constituent des activités agréables et importantes pour la personne et dépendent de ses intérêts. Ils peuvent constituer des activités ludiques ou tous autres types d'engagements significants. Or, dans cet essai, toutes occupations significantes et intérêts de la personne seront donc également considérés comme des forces individuelles. À titre d'exemple, l'ergothérapeute, qui utilise une approche axée sur les forces, pourrait explorer les intérêts de la personne afin de l'aider à s'investir dans des activités significantes et des rôles sociaux valorisants, qui lui feraient vivre des expériences de succès et redonneraient un sens à sa vie de tous les jours (Vallée, Briand, Hébert, Nader et Petitclerc, 2009). La Figure 1 illustre toutes les composantes du concept de forces, tel que défini dans cet essai.

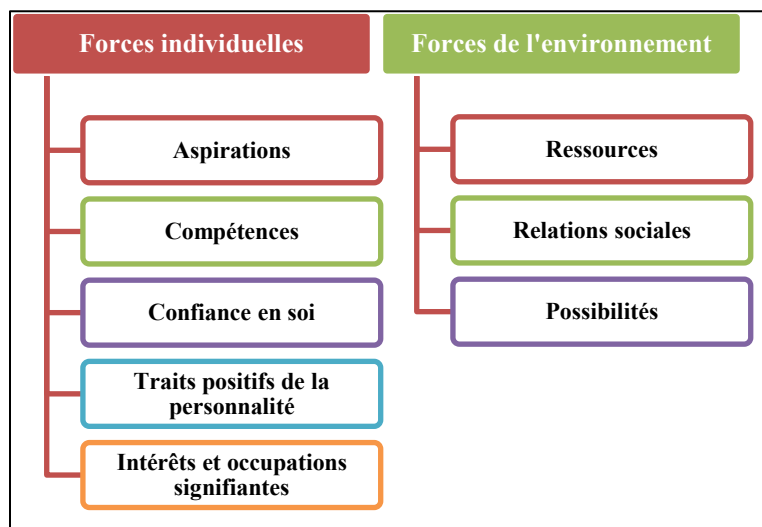


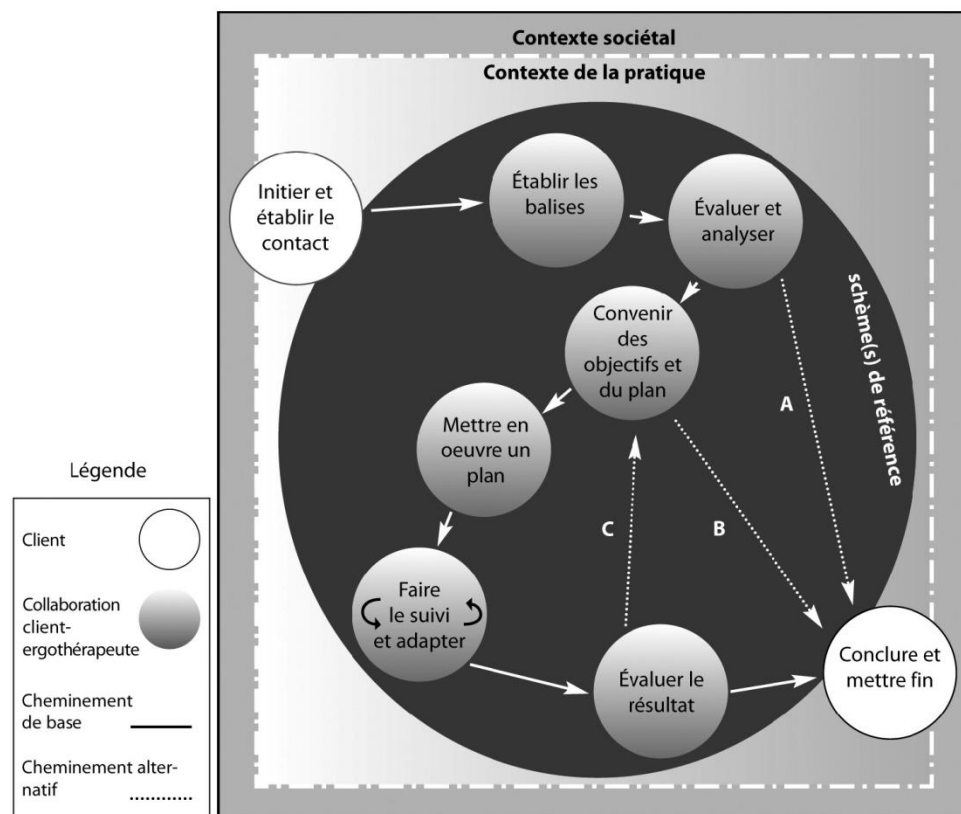
Figure 1. Les forces individuelles d'une personne et de son environnement

### 3.2. Le Modèle canadien du processus de pratique

Le modèle canadien du processus de pratique (Figure 2) structure la pratique clinique en ergothérapie (Craik, Davis et Polatajko, 2013a). En effet, comme le mentionnent Craik et *al.* (2013a), ce modèle sert de guide à l'ergothérapeute à travers le processus d'habilitation occupationnelle grâce à son illustration de huit points d'action. L'habilitation occupationnelle

fait référence à rendre le client habile ou capable d'accomplir et s'engager dans des occupations significantes favorisant sa santé et son bien-être (ACE, 2012; Townsend, Beagan, Kumas-Tan et *al.*, 2013). Ce modèle a été choisi comme cadre conceptuel de cet essai afin de permettre au lecteur de mieux comprendre la démarche clinique en ergothérapie et d'analyser l'expérience des ergothérapeutes interrogés en fonction de certaines composantes de celle-ci. Selon Craik et *al.* (2013a), le MCPP est constitué de quatre éléments : le contexte sociétal, le contexte de la pratique, les schèmes de référence ainsi que le processus de pratique.

**Figure 9.1** Modèle canadien du processus de pratique (MCP)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2013). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. p. 274 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

**Figure 2.** Modèle canadien du processus de pratique (MCP)

Figure 9.1 (MCP) Modèle canadien du processus de pratique, dans Polatajko H., Townsend E., Craik, J. (2013). *Habiliter à l'occupation - Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE. p.274. Réédité avec permission (voir annexe A).

### **3.2.1. Le contexte sociétal**

Le contexte sociétal est représenté par le grand rectangle extérieur. Ce dernier fait référence au contexte de la société dans laquelle l'ergothérapeute et le client évoluent en tant que citoyens. Les éléments du contexte sociétal peuvent constituer, par exemple, les environnements naturels et construits dans la société, les différentes cultures et idéologies ainsi que les politiques économiques et sociales et le réseau de la santé (Craik et *al.*, 2013a).

### **3.2.2. Le contexte de la pratique**

Le contexte de la pratique est représenté par le grand rectangle intérieur puisqu'il fait partie du contexte sociétal. Celui-ci fait référence aux éléments influençant directement la relation entre l'ergothérapeute et le client. Il peut s'agir d'éléments personnels, tels que l'âge, le genre, le statut, les connaissances, les valeurs ou les croyances de ces deux acteurs. Il peut aussi s'agir d'éléments environnementaux, tels que les autres professionnels du milieu, les lieux de travail, les politiques et procédures de l'établissement ou les valeurs professionnelles (Craik et *al.*, 2013a).

### **3.2.3. Les schèmes de référence**

Les schèmes de référence sont représentés par le grand cercle et comprennent toutes les théories et modèles qui guident la pratique. Par exemple, l'approche axée sur les forces fait partie de cette composante du MCPP puisqu'il s'agit d'une approche basée sur des fondements et construits théoriques, qui oriente le déroulement de l'évaluation et de l'intervention avec le client (Craik et *al.*, 2013a).

### **3.2.4. Le processus de pratique**

Le processus de pratique est composé de huit points d'action, dont chacun est représenté par un petit cercle. À chaque cercle, l'ergothérapeute doit poser une action ou prendre une décision, et ce, toujours en collaboration avec le client. Les huit points suivent un « cheminement de base » qui est illustré par les flèches au trait plein. Toutefois, les huit points d'action ne sont pas tous d'emblée nécessaires dépendamment des besoins et objectifs du client ainsi que du contexte de la pratique. C'est pourquoi des flèches au trait en pointillé (« cheminements alternatifs ») se trouvent entre certains cercles, ce qui permet de conserver une flexibilité au

niveau du déroulement du processus de pratique. Les huit points d'action sont les suivants : initier et établir le contact, établir les balises, évaluer et analyser, convenir des objectifs et du plan, mettre en œuvre un plan, faire le suivi et adapter, évaluer les résultats, conclure et mettre fin (Craik et *al.*, 2013a).

#### *3.2.4.1. Initier et établir le contact*

Initier et établir le contact constitue le premier point d'action du processus de pratique. Il s'agit du tout début de la relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et le client. À cette étape du processus, l'ergothérapeute reçoit normalement une demande de services écrite ou verbale. Par exemple, il peut s'agir d'une référence en ergothérapie de la part d'un autre professionnel ou d'une demande effectuée par le client lui-même, dépendamment du milieu de pratique. L'ergothérapeute réalise alors son premier contact avec le client. Dès lors, il clarifie le motif de la référence ou de la demande de services en ergothérapie et obtient le consentement libre et éclairé du client nécessaire pour poursuivre le processus ergothérapique (Davis, Craik et Polatajko, 2013b).

#### *3.2.4.2. Établir les balises*

Établir les balises constitue le deuxième point d'action du processus de pratique. L'ergothérapeute et le client doivent maintenant déterminer comment ils travailleront ensemble et quelles sont les attentes de chacun par rapport à la thérapie. De plus, l'ergothérapeute tente aussi de connaître davantage le client en le questionnant sur ses valeurs, ses croyances, son histoire occupationnelle, ses difficultés occupationnelles ainsi que ses buts occupationnels. Ceci permettra de recueillir beaucoup d'informations et de commencer à établir le lien thérapeutique (Davis et *al.*, 2013b).

#### *3.2.4.3. Évaluer et analyser*

Évaluer et analyser constitue le troisième point d'action du processus de pratique. Ainsi, l'ergothérapeute évalue, à l'aide d'outils d'évaluation pertinents, les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels du client afin de proposer des explications à ses difficultés occupationnelles. Cette analyse doit s'appuyer sur les données probantes ainsi que sur

l'expérience et les connaissances de l'ergothérapeute. De plus, le consentement du client à l'évaluation doit à nouveau être obtenu (Davis et *al.*, 2013b).

#### *3.2.4.4. Convenir des objectifs et du plan*

Convenir des objectifs et du plan constitue le quatrième point d'action du processus de pratique. À la lumière des conclusions émises suite à l'analyse des résultats d'évaluation, l'ergothérapeute et le client en sont maintenant à déterminer ensemble les priorités ainsi que les objectifs occupationnels (observables, mesurables et basés sur l'occupation). C'est alors qu'un plan d'intervention, comprenant les modalités les plus susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs occupationnels identifiés, est conçu. Encore une fois, l'ergothérapeute doit collaborer avec le client à l'élaboration du plan et au choix des modalités d'intervention (Davis et *al.*, 2013b).

#### *3.2.4.5. Mettre en œuvre un plan*

Mettre en œuvre un plan constitue le cinquième point d'action du processus de pratique. À ce point d'action, l'ergothérapeute et le client travaillent vers l'atteinte des objectifs occupationnels. Le client s'engage dans les différentes modalités occupationnelles d'intervention choisies et l'ergothérapeute réalise plusieurs démarches pour le client (par exemple, faire une demande d'aide technique ou rechercher un organisme communautaire). L'ergothérapeute peut utiliser différents schèmes de référence pour orienter la mise en œuvre du plan (Davis et *al.*, 2013b).

#### *3.2.4.6. Faire le suivi et adapter*

Faire le suivi et adapter constitue le sixième point d'action du processus de pratique. Ce point d'action consiste à collecter des données périodiquement afin de surveiller de façon continue les progrès du client par rapport à l'atteinte de ses objectifs occupationnels. Ceci permet alors de modifier le plan si le client fait face à d'autres difficultés ou bien que les interventions n'entraînent pas les progrès escomptés (Davis et *al.*, 2013b).



#### 3.2.4.7. *Évaluer les résultats*

Évaluer les résultats constitue le septième point d'action du processus de pratique. À cette étape, l'ergothérapeute réalise une nouvelle évaluation afin de comparer les résultats post-interventions aux résultats de l'évaluation initiale et de documenter l'atteinte des objectifs occupationnels. Il est possible que ceux-ci soient atteints et que le client ne présente aucune autre difficulté occupationnelle, que ceux-ci soient atteints et que le client présente toutefois d'autres difficultés occupationnelles ou bien qu'ils ne soient tout simplement pas atteints. Dans tous les cas, l'ergothérapeute et le client peuvent alors identifier de nouveaux objectifs et convenir d'un nouveau plan ou peuvent aussi décider de mettre fin au processus (Davis et *al.*, 2013b).

#### 3.2.4.8. *Conclure et mettre fin*

Conclure et mettre fin constitue le huitième et dernier point d'action du processus de pratique. Il s'agit de mettre un terme à la relation thérapeutique. Normalement, cette décision est prise avec le client lorsque ses objectifs occupationnels sont atteints après la réévaluation. Toutefois, il se peut que l'ergothérapeute et le client décident de mettre fin à la thérapie même si les objectifs occupationnels n'ont pas été atteints. Puis, il se peut aussi qu'à la fin du processus l'ergothérapeute réfère le client à un autre professionnel, service ou ressource correspondant aux besoins de ce dernier (Davis et *al.*, 2013b).

## **4. MÉTHODE**

Dans cette section, la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude et atteindre les objectifs de recherche mentionnés précédemment sera détaillée. Le devis de recherche sélectionné, les méthodes de recrutement des participants, de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques seront donc présentés.

### **4.1. Devis**

Cette étude s'inscrit dans un devis qualitatif descriptif dont le but est d'explorer et de mieux connaître les phénomènes à l'étude, soit les forces telles que perçues des personnes présentant une problématique de TP ainsi que les expériences des ergothérapeutes avec ces personnes, selon la perspective des participants mêmes (Sandelowski, 2000). En d'autres termes, il s'agit de décrire ces phénomènes comme le rapportent les participants de l'étude (Fortin et Gagnon, 2010). Pour ce faire, cette étude comprend trois volets. Le premier volet vise à répondre au premier objectif de recherche tandis que les deuxième et troisième volets visent à répondre au deuxième objectif de recherche. Pour le premier volet, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de personnes présentant une problématique de TP. Puis, pour les deuxième et troisième volets, une méthode de recherche mixte simultanée imbriquée à prédominance qualitative a été utilisée; les données ayant été recueillies à la fois par entrevues semi-structurées ainsi que par questionnaires (sondage) (Fortin et Gagnon, 2010). En effet, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès d'ergothérapeutes ayant eu une ou des expériences directes avec cette clientèle et un sondage électronique a aussi été mené auprès d'ergothérapeutes ayant eu une ou des expériences directes ou indirectes avec celle-ci. Or, ces deux méthodes de collecte de données ont permis de recueillir des données qualitatives descriptives. Toutefois, l'enquête descriptive a aussi permis de collecter certaines données quantitatives servant à dresser un portrait général de l'expérience des ergothérapeutes au Québec avec une clientèle présentant une problématique de TP (Fortin et Gagnon, 2010). Le devis choisi pour cette étude apparaît pertinent puisqu'étant peu connus et peu explorés jusqu'à présent, ces phénomènes méritent qu'on s'y intéresse particulièrement afin d'en apprendre davantage sur le sujet (Fortin et Gagnon, 2010).

## 4.2. Participants

Les participants de cette étude sont divisés en deux catégories et sont répartis selon les trois volets de l'étude. La première catégorie comprend des personnes présentant une problématique de TP (premier volet). Or, vu le temps restreint pour réaliser cet essai et comme ces personnes sont très souvent isolées et que la maladie est couramment constatée sans qu'un diagnostic soit nécessairement posé, toutes les personnes qui accumulent de façon compulsive des objets au point tel que cela devient problématique (trouble de la thésaurisation pathologique, TOC, syndrome de Diogène, etc.) étaient considérées comme ayant une « problématique de thésaurisation pathologique ».

Pour ce qui est de la deuxième catégorie de participants, celle-ci comprend des ergothérapeutes qui ont eu une ou des expériences de travail avec des personnes présentant une problématique de TP. Cependant, ceux-ci sont divisés en deux groupes selon la méthode de collecte de données utilisée. En effet, certains ergothérapeutes ayant eu une ou des expériences directes avec cette clientèle ont été rencontrés en entrevues individuelles (deuxième volet) et d'autres ergothérapeutes ayant eu une ou des expériences, qu'elles soient directes ou indirectes, avec cette clientèle ont rempli un questionnaire électronique (troisième volet).

Au départ, les participants de ce projet devaient aussi inclure des propriétaires (ou gestionnaires) de logements ayant eu un ou des locataires présentant une problématique de TP. En effet, en tant que personnes clés faisant partie de l'entourage de cette clientèle, les propriétaires/gestionnaires de logements auraient permis de documenter davantage, d'un point de vue externe, la situation vécue par ces personnes ainsi que leur environnement. De plus, il aurait été intéressant de mieux comprendre comment ces acteurs vivent et gèrent ce genre de situations ainsi que comment favoriser la collaboration entre eux et les ergothérapeutes lors d'interventions avec des personnes présentant une problématique de TP. Toutefois, le recrutement de propriétaires/gestionnaires de logements a été difficile puisque tous ceux approchés n'avaient jamais eu à faire affaire avec des personnes présentant une problématique d'accumulation compulsive aussi sévère. Cette partie de l'étude a donc été abandonnée.

Afin de s'assurer que les participants représentent bien les phénomènes des trois volets à l'étude, des critères ont été déterminés. Les critères d'inclusion sont détaillés dans les sections 4.2.1, 4.2.2 et 4.2.3 et le seul critère d'exclusion de cette étude était d'avoir une problématique d'accumulation d'animaux et non d'objets.

#### **4.2.1. Critères d'inclusion des participants présentant une problématique de TP (volet 1)**

1. Être âgé de 18 ans et plus.
2. Habiter dans les régions de la Mauricie ou du Centre-du-Québec.
3. Avoir ou avoir eu un trouble ou une problématique de thésaurisation pathologique selon la définition précisée dans la section des participants.
4. Être disposé à parler de son expérience quotidienne.

#### **4.2.2. Critères d'inclusion des ergothérapeutes participants à l'entrevue (volet 2)**

1. Être membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) ou avoir été membre et être maintenant ergothérapeute retraité.
2. Avoir une expérience de travail directe avec une clientèle présentant un trouble ou une problématique de thésaurisation pathologique.

#### **4.2.3. Critères d'inclusion des ergothérapeutes participants au sondage (volet 3)**

1. Être membre de l'OEQ ou avoir été membre et être maintenant retraité.
2. Avoir une expérience de travail directe ou indirecte avec une clientèle présentant un trouble ou une problématique de thésaurisation pathologique.

#### **4.2.4. Recrutement des participants présentant une problématique de TP (volet 1)**

L'échantillonnage des participants présentant une problématique de TP a été effectué par choix raisonné. L'objectif étant de sélectionner des participants répondants aux critères d'inclusion énoncés afin de correspondre aux caractéristiques permettant de représenter le phénomène à l'étude (Fortin et Gagnon, 2010). Pour ce faire, des professionnels de la santé ainsi qu'un organisme communautaire offrant des services aux personnes en situation d'exclusion sociale et d'itinérance à Trois-Rivières, ont été approchés afin d'identifier et mettre en contact

avec l'équipe de recherche des personnes correspondant aux critères et montrant un intérêt pour le projet.

#### **4.2.5. Recrutement des ergothérapeutes participants à l'entrevue (volet 2)**

L'échantillonnage par choix raisonné a aussi été utilisé pour le recrutement des ergothérapeutes rencontrés en entrevue. En effet, des courriels expliquant le projet de recherche ont été envoyés à des ergothérapeutes connus du département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) travaillant en soutien à domicile ou en santé mentale. Les courriels spécifiaient que les ergothérapeutes intéressés à participer au projet devaient avoir vécu une ou des expériences de travail directes avec des personnes présentant une problématique de TP.

#### **4.2.6. Recrutement des ergothérapeutes participants au sondage (volet 3)**

La méthode de recrutement des ergothérapeutes participants au sondage électronique correspond, en partie, à un échantillonnage par réseaux, qui selon Fortin et Gagnon (2010), consiste à sélectionner des participants correspondant aux critères établis, qui eux recruteront de nouveaux participants faisant partie du même réseau et comportant des caractéristiques similaires. En effet, il était demandé aux ergothérapeutes de transférer le lien du sondage à leurs collègues ou autres ergothérapeutes pouvant avoir eu une ou des expériences de travail avec une clientèle présentant une problématique de TP. Toutefois, comme ce n'est pas tous les ergothérapeutes approchés qui ont transféré le lien du sondage à d'autres, une portion du recrutement a aussi été réalisée par choix raisonné.

Pour y arriver, une annonce écrite a d'abord été publiée sur le réseau social *Facebook* dans les groupes fermés « Ergothérapie Québec », « Ergothérapie santé mentale Québec » et « Ergothérapie UQTR ». Celle-ci comprenait une brève description du projet de recherche, le lien du sondage à remplir ainsi que la demande aux ergothérapeutes de transférer le lien du sondage aux ergothérapeutes de leur entourage qui, selon eux, pourraient avoir eu une ou des expériences directes ou indirectes avec une clientèle présentant une problématique de TP. Ensuite, des courriels électroniques ainsi que des messages privés sur *Facebook* et sur le réseau professionnel *LinkedIn* contenant les mêmes informations précédentes ont été envoyés à

plusieurs professeurs et chargés de cours du département d'ergothérapie de l'UQTR, ergothérapeutes connus, superviseurs de stage en santé mentale et en soutien à domicile et ergothérapeutes mentionnant travailler en santé mentale ou en soutien à domicile sur leur profil *LinkedIn*. Également, des contacts téléphoniques à des ergothérapeutes travaillant en soutien à domicile ont été effectués afin de solliciter la participation au sondage de ceux répondant aux critères et favoriser le réseautage parmi leurs collègues.

### **4.3. Collecte des données**

Deux méthodes de collecte de données ont été conçues spécifiquement pour répondre aux objectifs de cette étude. Il s'agit de l'entrevue individuelle semi-structurée et du questionnaire (sondage). En effet, des entrevues, dont les canevas étaient basés sur le cadre conceptuel de l'étude, ont été réalisées avec des personnes présentant une problématique de TP ainsi que des ergothérapeutes ayant vécu une ou des expériences directes avec cette clientèle. Ces entrevues visaient à explorer en profondeur les perceptions et les expériences des participants à l'égard de leur problématique. De plus, le fait de rencontrer des ergothérapeutes en entrevue permettait de s'assurer que des ergothérapeutes ayant eu des expériences directes puissent partager leur vécu dans cette étude. Le sondage électronique, quant à lui, a été administré dans le but de recueillir davantage de données sur les expériences, qu'elles soient directes ou indirectes, des ergothérapeutes au Québec avec cette clientèle afin de dresser un portrait actuel et plus général de la situation. En effet, la méthode de collecte de données par sondage permettait de connaître l'expérience d'ergothérapeutes provenant d'autres régions que seulement la Mauricie ou le Centre-du-Québec.

#### **4.3.1. Entrevues auprès des personnes présentant une problématique de TP (volet 1)**

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès des personnes présentant une problématique de TP. Celles-ci comportaient des questions notamment sur leurs compétences, intérêts et aspirations, sur leur réseau social ainsi que sur les ressources disponibles dans leur communauté afin de connaître et documenter leur perception de leurs forces individuelles et des forces de leur environnement. Le canevas d'entrevue est présenté à l'annexe B. Chaque entrevue était enregistrée et administrée une seule fois par participant dans un lieu qui convenait à chacun. De plus, un incitatif de 10\$ était remis à chaque participant.

#### **4.3.2. Entrevues auprès des ergothérapeutes (volet 2)**

Des entrevues individuelles semi-structurées ont aussi été réalisées auprès d'ergothérapeutes ayant vécu une ou des expériences de travail directes avec des personnes présentant une problématique de TP, qui se sont montrés intéressés à participer au projet après avoir reçu le courriel d'invitation. Ces entrevues comportaient des questions par exemple sur le nombre de clients rencontrés, les interventions mises en place, le rôle joué ainsi que la manière dont ils se sont sentis outillés dans le but de documenter leur expérience professionnelle avec cette clientèle (annexe C). Or, tout comme les autres entrevues, celles-ci ont été enregistrées et administrées une seule fois par participant dans un lieu qui convenait à chacun. Un incitatif de 10\$ était également remis à chaque participant.

#### **4.3.3. Sondage auprès des ergothérapeutes (volet 3)**

Finalement, dans le but d'obtenir un portrait plus large de l'expérience (directe ou indirecte) des ergothérapeutes au Québec avec une clientèle présentant une problématique de TP, un sondage électronique auto-administré utilisant la plateforme de sondages *Survey Monkey* a été lancé. En effet, selon Fortin et Gagnon (2010, p.438), « le questionnaire est un moyen rapide et abordable d'obtenir des données auprès d'un grand nombre de personnes, réparties dans un vaste territoire ». Le logiciel du sondage assurait la confidentialité des répondants. Ce sondage comportait 21 questions au total et comprenait des questions dichotomiques, à choix multiples et ouvertes à développement (Fortin et Gagnon, 2010) (annexe D). De plus, certaines questions permettaient d'obtenir des données sociodémographiques afin de décrire l'échantillon de participants à l'étude et d'autres questions permettaient d'obtenir des données descriptives quantitatives et qualitatives servant à décrire l'expérience des ergothérapeutes (Fortin et Gagnon, 2010). Or, les ergothérapeutes ont été invités à remplir ce questionnaire en ligne en cliquant sur le lien se trouvant dans les messages publiés et envoyés sur les réseaux sociaux et par courriels. Les participants ne pouvaient répondre à ce questionnaire qu'une seule fois et 10 à 20 minutes environ étaient nécessaires pour le compléter. De plus, contrairement aux entrevues, aucun incitatif n'était associé à la complétion du sondage. Par ailleurs, afin d'améliorer la validité de cet outil, un pré-test du questionnaire a été réalisé auprès de deux ergothérapeutes cliniciennes avant sa mise en ligne pour la collecte de données. Celles-ci ont émis des commentaires quant à

la formulation de certaines questions afin d'en améliorer la compréhension et la clarté de celles-ci et ont proposé certains ajouts et modifications afin de rendre le questionnaire plus fluide et complet.

#### **4.4. Analyse des données**

Les données obtenues par entrevues ainsi que celles obtenues à l'aide du sondage ont été analysées de manières différentes. D'abord, chaque entrevue individuelle a été enregistrée et transcrite sous forme de verbatim. Les données ont ensuite été analysées de manière qualitative à l'aide du logiciel *QDAminer lite*. En effet, une analyse thématique a été réalisée à partir des questions d'entrevue et du cadre conceptuel de l'étude tout en permettant l'émergence d'autres thèmes. Pour ce qui est des données obtenues par le questionnaire, des statistiques descriptives des données quantitatives ont d'abord été réalisées à l'aide du logiciel même du sondage afin de présenter certaines caractéristiques sociodémographiques et contextuelles des participants ainsi que pour présenter certaines données permettant de dresser un portrait de l'expérience des ergothérapeutes au Québec avec une clientèle présentant une problématique de TP. Des distributions de fréquences, sous forme de tableaux ainsi que diagrammes à bandes et à secteurs, ont été réalisées pour illustrer les données comportant des variables catégorielles. Puis, une analyse de contenu des données qualitatives a aussi été réalisée, et ce, dans le but de ressortir les thématiques majeures issues des informations obtenues dans les questions ouvertes à développement.

#### **4.5. Considérations éthiques**

Une demande a été envoyée au comité d'éthique de la recherche de l'UQTR afin de faire approuver le présent projet comportant la participation d'êtres humains (ergothérapeutes et personnes présentant une problématique de TP). Celui-ci a été approuvé par le comité d'éthique et un certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.08 a été émis le 19 mai 2016. Tous les participants étaient libres de participer ou non à cette étude. Ceux-ci ont d'ailleurs tous été informés, via la lettre d'information, des objectifs de la recherche, de la tâche à accomplir ainsi que des risques, inconvénients et inconforts possibles liés à leur participation. Cette lettre d'information a été lue en présence des participants avant chaque entrevue (annexes E et F) et celle-ci se trouvait aussi en première page du sondage (annexe G). Par ailleurs, le consentement



écrit de tous les participants rencontrés en entrevue a été obtenu à l'aide du formulaire de consentement (annexes H et I). Les participants du sondage, quant à eux, étaient avisés qu'ils acceptaient librement de participer à l'étude en répondant et en transmettant le questionnaire (annexe J). Les participants ont aussi tous été avisés qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment durant la recherche. Finalement, les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et anonymes et ne peuvent en aucun cas mener à l'identification des participants. Celles-ci sont conservées dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'UQTR ainsi que dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans l'ordinateur personnel de l'étudiante ayant réalisé cette recherche. Les données recueillies seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2018, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que dans le cadre de cette étude.

## 5. RÉSULTATS

Cette section a pour objectif de présenter les différents résultats obtenus dans cette étude. Celle-ci sera divisée en trois volets : le premier volet traitera des participants présentant une problématique de TP; le deuxième, des ergothérapeutes ayant participé aux entrevues; le troisième, des ergothérapeutes ayant participé au sondage. Le premier volet présentera l'histoire vécue par les personnes ayant une problématique de TP rencontrées en entrevue, afin de mieux comprendre leur expérience, et suivra une description de leurs forces individuelles et des forces de leur environnement telles que rapportées par celles-ci en entrevue. Le deuxième volet présentera, pour sa part, les expériences de travail directes des ergothérapeutes avec cette clientèle telles que décrites en entrevues. Finalement, le troisième volet présentera le portrait global des expériences de travail directes et indirectes des ergothérapeutes du Québec selon les données recueillies par le sondage. Chaque volet comportera d'abord une description des participants de l'étude.

### 5.1. Volet 1 : Personnes présentant une problématique de TP

#### 5.1.1. Description des participants présentant une problématique de TP

Le Tableau 2 présente les caractéristiques des deux participantes ayant une problématique de TP rencontrées en entrevues. Il est à noter que certaines données descriptives ont été modifiées afin d'assurer l'anonymat de celles-ci.

Tableau 2 : *Description des participantes présentant une problématique de TP*

Participant	Genre	Âge	Région	Type d'habitation	Statut socio-économique	Problématique de TP
1	Femme	55-65 ans	Mauricie	Petite maison louée	Retraitée (travaillait comme professionnelle de la santé)	A commencé à l'âge adulte et dure depuis plusieurs années.
2	Femme	55-65 ans	Mauricie	Appartement	Sans emploi	A commencé à l'âge adulte et a duré pendant plusieurs années. N'est maintenant plus confrontée à cette problématique depuis 3 ans.

### 5.1.2. Description des facteurs ayant pu contribuer à la problématique de TP

Le Tableau 3 fait une synthèse des facteurs ayant pu contribuer à la problématique de TP chez les deux participantes à l'étude au fil du temps. D'abord, la participante 1 croit que les problèmes de santé (problèmes cardiaques, migraines, épuisement professionnel) sont, en partie, en cause étant donné que la fatigue et les douleurs l'empêchaient souvent de faire du ménage. À ce sujet, celle-ci mentionne :

T'sais, moi je finissais de travailler pi je me couchais. J'ai fait ça pendant des années à me coucher à 19h. [...] Normalement, les gens ont leur soirée pi moi bin je les avais pas parce que j'étais tout le temps fatiguée!

De plus, celle-ci explique que sa santé va mieux maintenant, mais que pour des raisons familiales, elle manque encore de temps et d'énergie pour être capable de ranger les objets au fur et à mesure et, bien entendu, pour faire un grand ménage. Toutefois, celle-ci ne rejette pas la faute uniquement sur ces aspects. En effet, elle questionne possiblement la génétique puisqu'elle mentionne avoir un oncle et une tante ayant une problématique semblable. De plus, elle explique aussi avoir perdu son père en bas âge et croit que les objets compensent en quelque sorte cette perte en lui apportant une certaine sécurité face à sa peur de « manquer quelque chose » ou de « manquer [de] quelque chose ». Voici ses propos :

Le courrier pi le publisac, qu'ils soient intéressants ou non, je jette un coup d'œil dessus. J'ai un problème énorme avec le papier! J'entends quelque chose, je prends des notes. C'est comme si j'avais peur de manquer quelque chose. L'affaire c'est que je les relis jamais fac ça s'accumule.

Je pense que ça été ma façon de me faire un nid de sécurité. Mais je suis pas attachée. Mes affaires me donnent un sentiment de sécurité, de protection. [...] La journée où je décide d'arranger une affaire moi j'suis sûre que je vais trouver des vis, de la ficelle ou de la corde dans maison. J'suis sûre que je vais tout trouver chez nous.

Pour ce qui est de la participante 2, celle-ci croit avoir développé cette problématique pour tenter d'éviter le suicide à la suite du décès de son conjoint et de ses fils. En effet, elle mentionne que le fait d'accumuler des objets lui changeait les idées, ce qui la protégeait. Voici ces mots : « Récupérer des choses ça me faisait passer le temps, ça me faisait vivre. C'tait comme une sécurité ». Toutefois, elle mentionne qu'il s'agissait d'un état passager, qui s'est

réglé il y a trois ans lorsqu'elle s'est fait mettre à la porte de son ancien appartement et qu'elle s'est retrouvée à la rue sans rien. Voilà comment elle décrit cette situation :

Ça été un choc contre choc. D'après moi c'est qu'autant j'avais des choses, autant qu'en moins de deux heures j'avais pu rien. Pi ça probablement débloquent le traumatisme qui faisait que j'accumulais des choses.

Tableau 3 : *Facteurs rapportés ayant pu contribuer à la problématique de TP*

Participant	Facteurs
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes de santé (problèmes cardiaques, migraines, épuisement professionnel)</li> <li>- Manque de temps et d'énergie</li> <li>- Génétique (oncle et tante qui ont une problématique semblable)</li> <li>- Perte du père en bas âge</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décès du conjoint et de ses fils</li> </ul>

### 5.1.3. Perceptions des forces individuelles

En entrevue, les deux participantes ont reconnu détenir des forces et en ont nommé plusieurs. Les forces ressorties ont été catégorisées selon les différentes composantes du concept de forces individuelles détaillées dans la section portant sur le cadre conceptuel, c'est-à-dire selon les aspirations, les compétences, le sentiment de confiance en soi, les traits positifs de la personnalité ainsi que les intérêts et occupations significatives.

#### 5.1.3.1. Aspirations

Chacune des participantes entretient plusieurs rêves et aspirations. Par exemple, la participante 1 désire rester près de sa famille et de ses amis. Elle aimerait aussi pouvoir inviter des gens chez elle, ce qu'elle ne fait plus depuis très longtemps puisqu'elle a honte du désordre dans sa maison. De plus, elle explique n'avoir jamais pu entretenir de relation amoureuse pour cette raison, mais aimerait réussir cela un jour. Également, celle-ci aimerait beaucoup voyager, mais explique qu'elle ne part jamais bien longtemps étant donné qu'elle ne veut pas que quelqu'un entre chez elle pour arroser ses plantes. Elle aimerait aussi faire de plus grandes toiles d'aquarelle et s'adonner davantage à la couture, mais dit qu'elle ne le fait pas présentement par manque d'espace pour s'installer chez elle. Celle-ci voudrait donc libérer un coin dans sa maison pour pouvoir se consacrer à ces deux occupations. D'ailleurs, elle aimerait exposer ses œuvres à la bibliothèque ou à l'ancien presbytère de sa communauté. Finalement, celle-ci garde espoir

d'un jour être satisfaite de sa vie, de se réaliser en tant que personne et vivre dans un endroit où elle se sent bien. À ce sujet, voici ce qu'elle mentionne :

J'ai réalisé que j'étais en attente pi là je me suis dit que je pouvais pu l'être. Y'a comme une urgence de se réaliser! Y'a une urgence à l'âge que j'ai d'avoir des projets de vie encore signifiants et des réalisations importantes que je veux faire avant ma fin de vie. [...] Ça serait une de mes aspirations de rentrer chez moi pi de dire c'est beau. Mon objectif c'est pas d'être à l'ordre complètement parce que c'est pas moi ça! Mais ce serait une aspiration d'avoir un intérieur de maison qui soit plus en ordre pi que mon intérieur à moi soit plus satisfait aussi.

Pour ce qui est de la participante 2, celle-ci mentionne qu'elle a toujours rêvé de faire de l'équitation. Elle explique aussi que depuis de nombreuses années, son but chaque jour est de se rendre au réveillon de fin d'année organisé par l'organisme pour lequel elle offre ses services en tant que bénévole. Il s'agit pour elle d'un but, qui l'aide à se battre chaque jour pour rester en vie. En effet, elle explique que cet objectif personnel la soutient pour éviter de commettre un suicide, ayant fait plusieurs tentatives dans le passé.

#### *5.1.3.2. Compétences*

Les participantes ont aussi nommé plusieurs compétences. En effet, la participante 1 se dit compétente au niveau relationnel, dans l'animation ainsi que dans tout ce qui touche la créativité. De plus, elle mentionne avoir une bonne capacité d'adaptation pour fonctionner dans son quotidien malgré le désordre de son domicile et disposer de nombreuses connaissances liées à son ancienne profession dans le domaine de la santé.

La participante 2, quant à elle, explique qu'elle possède un grand talent dans tout ce qui touche la décoration, le bricolage ainsi que la confection et la modification de vêtements. En effet, celle-ci rapporte qu'elle peut « modifier ses vêtements et ses accessoires à son gré et en faire presque n'importe quoi ».

#### *5.1.3.3. Confiance en soi*

Les participantes reconnaissent qu'elles détiennent certaines compétences, comme mentionnées précédemment. Pour appuyer ces propos, la participante 1 mentionne qu'elle est

« pleine de talents » et la participante 2 dit être « habile de ses mains et bonne avec les jeunes ». De plus, celles-ci se disent satisfaites de ce qu'elles accomplissent dans certains domaines. En effet, la participante 1 mentionne :

En général, je réussis bien ce que j'entreprends. Mais t'sais je dis que je réussis bien ce que j'entreprends, mais comme là je fais de l'aquarelle pi c'est pas parfait ce que je fais, mais je suis contente de le faire. C'est ça, je suis contente de le faire! Je devrais plutôt dire que j'ai de la satisfaction à réaliser ce que je réalise.

Toutefois, la participante 1 exprime avoir une meilleure estime de soi et confiance en elle-même lorsqu'elle sort de chez elle. En effet, celle-ci mentionne : « T'sais dès que je sors de ce milieu-là [à domicile] je suis bin contente de moi. Je me réalise, je suis appréciée, j'ai des ressources. Mais quand je rentre là-dedans, je m'aime moins là! ».

#### *5.1.3.4. Traits positifs de la personnalité*

Les participantes ressortent également certaines de leurs qualités et forces de caractère. Par exemple, la participante 1 explique qu'elle a su apprendre de ses expériences de vie antérieures et que, grâce à cela, maintenant elle respecte ses limites, elle prend davantage soin d'elle-même et a su diminuer ses attentes envers elle-même. De plus, elle se décrit comme une personne disciplinée, avide de connaissances et ayant le désir de toujours se perfectionner.

La participante 2, quant à elle, se définit comme une personne intègre et s'attend à ce que ce soit réciproque chez ses amis. De plus, elle se décrit comme une battante. En effet, elle explique avoir vécu beaucoup d'épreuves difficiles au courant de sa vie, mais se battre tous les jours pour continuer de vivre et d'avancer.

#### *5.1.3.5. Intérêts et occupations significantes*

Les participantes possèdent chacune de nombreux intérêts et s'adonnent à plusieurs occupations significantes dans leur quotidien selon elles. En effet, la participante 1 mentionne avoir « des intérêts à peu près dans tout ». D'ailleurs, en plus de s'impliquer dans différents comités dans sa communauté, celle-ci anime un programme de conditionnement physique pour les personnes de 55 ans et plus et dit adorer cela. Elle ajoute aussi que son passe-temps préféré

est de faire des sorties avec ses amies. De plus, celle-ci nomme plusieurs occupations auxquelles elle s'adonne ou qui l'intéressent, telles que la couture, l'aquarelle, le jardinage, la lecture, le cinéma et même la menuiserie.

Pour ce qui est de la participante 2, celle-ci mentionne qu'elle adore donner de son temps pour aider les autres. En effet, elle rapporte avoir fait du bénévolat pour plusieurs organismes dans les dernières années et en fait présentement pour un organisme venant en aide aux personnes en situation de rupture sociale. De plus, elle mentionne avoir aidé quelques étudiantes dans leur projet de recherche dernièrement et avoir beaucoup aimé ses expériences. Celle-ci prend aussi plaisir depuis longtemps, selon elle, à concevoir et modifier des vêtements ainsi qu'à parler au téléphone avec son amie et s'occuper de son chien. Finalement, elle explique que lorsqu'elle avait une problématique de TP, elle aimait beaucoup amasser toutes sortes d'objets, comme mentionné précédemment.

#### **5.1.4. Perceptions des forces de l'environnement**

En entrevue, les deux participantes ont aussi été en mesure de nommer des forces en lien avec leur environnement. Les forces ressorties ont été catégorisées selon les différentes composantes du concept de forces de l'environnement détaillées dans la section portant sur le cadre conceptuel, c'est-à-dire selon les ressources, les relations sociales ainsi que les possibilités.

##### *5.1.4.1. Ressources de l'environnement*

Plusieurs ressources font partie de l'environnement des deux participantes. En effet, la participante 1 mentionne : « dans mes forces, je crois que je suis une personne ressourcee! ». Celle-ci identifie, comme biens matériels, sa voiture et ses ressources financières. Elle explique que celles-ci lui offrent la liberté de faire ce qu'elle veut et d'aller où elle veut. De plus, elle indique qu'elle adore son quartier ainsi que le fait d'habiter dans une maison et non un appartement. Elle explique que son quartier n'est pas impersonnel, comme c'est le cas dans les grandes villes, et elle aime le fait qu'il y ait beaucoup d'arbres, le fleuve ainsi qu'un parc à proximité de chez elle où elle peut aller marcher. Aussi, beaucoup de services sont offerts dans sa communauté. Par exemple, cette participante reçoit des services en psychologie. De plus, elle suit des cours d'aquarelle, mais des cours de peinture et de dessin sont aussi offerts. Il y a le

réseau des bibliothèques, un ancien presbytère transformé en galerie d'art, un dépanneur, une épicerie, le programme de conditionnement physique qu'elle anime ainsi qu'une ressource de premiers répondants en cas d'urgence.

Pour ce qui est de la participante 2, celle-ci décrit son quartier comme étant tranquille et chaleureux. Elle aime que son appartement dispose d'un balcon, qui lui permet de se détendre à l'extérieur. Aussi, elle mentionne que sa communauté offre plusieurs services, tels que le transport en commun par autobus. Elle comprend également plusieurs organismes venant en aide aux personnes vulnérables et démunies, qui peuvent être en situation de rupture sociale ou victimes de violence conjugale. La participante mentionne avoir utilisé tous ces services à un moment dans sa vie.

#### *5.1.4.2. Relations sociales*

Les deux participantes rapportent avoir des relations sociales agréables et satisfaisantes. D'ailleurs, la participante 1 mentionne : « Ce qui me rend heureuse dans mes journées c'est d'être en contact avec d'autres personnes ». Celle-ci mentionne être très proche de sa mère et de son frère et avoir beaucoup d'amies, dont certaines avec qui elle entretient des amitiés depuis plus de 50 ans. De plus, elle explique qu'elle rencontre et discute avec un grand nombre de personnes toutes les semaines, telles que les femmes de son cours d'aquarelle, les participants de son groupe de conditionnement physique, sa psychologue ainsi que ses voisins qui la saluent lorsqu'elle sort de chez elle.

La participante 2, pour sa part, considère les intervenants de l'organisme pour lequel elle offre ses services en tant que bénévole comme ses frères et ses sœurs. Celle-ci entretient également certaines amitiés depuis plusieurs années selon elle. Finalement, elle possède un chien, qu'elle considère comme son bébé et avec lequel elle passe la plupart de son temps.

#### *5.1.4.3. Possibilités*

Les deux participantes n'ont pas énoncé explicitement d'opportunités ou d'éventuelles occasions dont elles pourraient profiter. Cependant, la participante 1 a mentionné qu'elle aimerait exposer à la bibliothèque ou à l'ancien presbytère de son quartier, qui sont des endroits



permettant à des artistes de la communauté, comme elle, d'exposer leurs œuvres. Il s'agit donc d'une possibilité qui s'offre à elle pour réaliser une de ses aspirations selon le modèle des forces (Rapp, 2004).

## **5.2. Volet 2 : Ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle**

### **5.2.1. Description des ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle**

Le Tableau 4 présente les caractéristiques des deux ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle. Tout comme pour les participantes présentant une problématique de TP, certaines données descriptives ont été modifiées afin d'assurer l'anonymat des ergothérapeutes. De plus, étant donné qu'un homme et une femme ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue, le masculin sera utilisé dans cette section pour désigner les deux ergothérapeutes afin de faciliter la lecture et la compréhension.

Tableau 4 : *Description des ergothérapeutes rencontrés en entrevue*

<b>Ergothérapeute</b>	<b>Genre</b>	<b>Âge</b>	<b>Programme</b>	<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de cas rencontrés</b>
1	Homme	Soixantaine	Maintien à domicile (maintenant retraité)	Adultes et personnes âgées ayant des déficiences physiques	2
2	Femme	Quarantaine	Suivi d'intensité variable (SIV)	Adultes et personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale	3

### **5.2.2. Expériences directes des ergothérapeutes rencontrés en entrevue individuelle**

Cette section des résultats a pour objectif de décrire les expériences de travail directes que les ergothérapeutes rencontrés en entrevue ont vécues au cours de leur pratique. Pour ce faire, les clients ayant une problématique de TP auprès desquels ceux-ci ont été appelés à intervenir seront d'abord présentés brièvement et les évaluations et interventions réalisées pour chaque cas seront ensuite décrites. Par la suite, les éléments d'intervention clés avec cette clientèle ainsi que les forces des personnes présentant une problématique de TP, selon les ergothérapeutes, seront ressortis. Finalement, afin de mieux comprendre l'expérience des ergothérapeutes avec ces personnes, il sera question d'approfondir comment ceux-ci se sont sentis et se sentent maintenant compétents et outillés pour travailler avec cette clientèle et quel est le rôle de l'ergothérapeute avec celle-ci d'après leur point de vue.

### 5.2.2.1. Cas rencontrés

Comme mentionné précédemment, l'ergothérapeute 1 (E1) a eu deux expériences de travail directes avec une clientèle présentant une problématique de TP et l'ergothérapeute 2 (E2) en a eu trois. Parmi les cinq cas rencontrés, aucun des motifs des références initiales en ergothérapie n'était en lien avec une problématique d'accumulation compulsive. Dans chacun des cas, la problématique a été observée lorsque les ergothérapeutes se sont rendus à domicile. Le Tableau 5 présente les cas rencontrés par les deux ergothérapeutes ainsi que le motif de la référence initiale en ergothérapie et la problématique observée pour chacun.

Tableau 5 : Description des clients rencontrés par les ergothérapeutes

	Cas	Genre	Âge	Type d'habitation	Conditions associées	Motif de la référence initiale en ergothérapie	Problématique observée
E1	A	Femme	41-50 ans	Maison	Hémiplégie	Adaptation du fauteuil roulant (FR) et du domicile et positionnement au lit et au FR	Accumulation d'objets
	B	Femme	61 ans et plus	Logement	Problèmes cognitifs	Évaluation du niveau de dangerosité du maintien en appartement en lien avec les problèmes cognitifs	Accumulation d'objets (incluant beaucoup de nourriture périmée)
E2	C	Homme	31-40 ans	Logement	Abus de substance (drogues), autres problèmes de santé mentale	Réinsertion en appartement à la sortie de l'hôpital	Accumulation d'objets et insalubrité
	D	Homme	21-30 ans	Logement	Syndrome d'Asperger	Suivi en communauté	Accumulation d'objets
	E	Femme	61 ans et plus	Maison	Abus de substance (alcool), symptômes dépressifs, pertes de mémoire, histoire de chutes	Aucune référence en ergothérapie (autoréférence)	Accumulation d'objets et insalubrité (histoire d'éviction antérieure)

Comme mentionné dans le Tableau 5, le cas E, rencontré par l'ergothérapeute 2, n'a pas été référé en ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute a constaté la problématique d'accumulation compulsive d'objets et l'insalubrité du domicile de cette dame lorsqu'il a été appelé à intervenir auprès du frère de celle-ci, qui, à ce moment, était suivi en ergothérapie au programme du SIV et habitait temporairement chez sa sœur. L'environnement dans lequel le frère et la sœur vivaient comportait alors de nombreux risques pour leur santé et leur sécurité et cette dernière présentait aussi plusieurs conditions associées la mettant d'autant plus en danger (problème de dépendance à l'alcool de longue date, pertes de mémoire, chutes répétées). Or, en constatant que celle-ci avait également besoin d'aide, l'ergothérapeute a organisé de nombreuses rencontres avec le frère et la sœur dans le but d'établir une relation de confiance. Puis, en amenant tranquillement ses observations à la dame, l'ergothérapeute a finalement réussi à établir un dialogue avec elle concernant sa situation de vie. Ainsi, sept mois plus tard, cette dernière a accepté que l'ergothérapeute devienne aussi son intervenant.

Pour visualiser les problématiques observées par les ergothérapeutes, voici ce que l'ergothérapeute 1 mentionne par rapport aux cas A et B et ce que l'ergothérapeute 2 mentionne par rapport au cas E :

(A) Elle pouvait juste avancer et reculer un peu pi a pouvait même pas virer [en fauteuil roulant]. T'sais il aurait fallu tout vider pour être capable de circuler normalement et ça c'était comme pas imaginable!

(B) Elle avait tout plein d'affaires périmées et dangereuses, par exemple de la viande moisie, des cannes de crème de tomates gonflées toutes rouillées qu'elle voulait pas jeter au cas ou [...] y'avait une accumulation de toutes sortes d'affaires comme des sacs de papier, de la bouffe, des vêtements, n'importe quoi du plafond jusqu'au milieu de la pièce ça faisait comme une montagne.

(E) Sans blague, quand j'entrais je jouais à la marelle entre des [excréments]. Elle vivait dans un milieu où est-ce qu'il y avait des [excréments], de l'encombrement pi des bibittes.

#### 5.2.2.2. *Évaluations et interventions réalisées*

Dans tous les cas, excluant la cliente E, les évaluations et interventions réalisées par les ergothérapeutes tendaient surtout à répondre au motif de la référence initiale en ergothérapie.

Cependant, sans avoir comme objectif de diminuer la problématique de TP, certaines interventions étaient tout de même en lien avec celle-ci. Le Tableau 6 présente toutes les évaluations et interventions réalisées par les ergothérapeutes pour chaque client.

Tableau 6 : *Évaluations et interventions réalisées par les ergothérapeutes*

Cas	Évaluations et interventions
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation du domicile.</li> <li>- Mises en situation aux déplacements et transferts.</li> <li>- Évaluation du positionnement au FR et au lit.</li> <li>- Adaptation du FR (gouttière) et du domicile (plan incliné) à l'aide du technicien en menuiserie.</li> <li>- Recommandation à la cliente de libérer l'espace nécessaire pour pouvoir circuler en FR.</li> <li>- Communication des observations liées à l'environnement physique aux autres professionnels du soutien à domicile.</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de l'autonomie et de la sécurité dans les activités de la vie quotidienne et domestique.</li> <li>- Observations du domicile.</li> <li>- Recommandation d'instaurer un suivi régulier à domicile (1-2 fois/semaine) par un auxiliaire familial et social afin d'offrir un soutien et d'assurer la sécurité.</li> <li>- Référence en travail social afin d'impliquer la famille.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Placement en résidence d'accueil (milieu plus encadrant et supportant).</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Placement en résidence d'accueil (milieu plus encadrant et supportant).</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sevrage d'alcool en communauté avec l'aide du médecin de famille, des soins infirmiers et de l'intervenante en toxicomanie.</li> <li>- Référence en psychiatrie pour mise à jour de la médication.</li> <li>- Dépistage cognitif.</li> <li>- Enseignement par rapport à la problématique.</li> <li>- Exploration avec la cliente des critères pour correspondre aux normes afin d'éviter l'éviction.</li> <li>- Histoire de vie et narration afin d'identifier les ressources, le réseau social, les forces et les éléments favorables et stimulants dans la vie de la cliente.</li> <li>- Implication de la voisine (entretien ménager, préparation de repas, support aux emplettes, loisirs).</li> <li>- Tri et désencombrement de certains espaces de la maison avec la cliente.</li> <li>- Coordination de services et mise en place de méthodes compensatoires modérées (suivi infirmier).</li> </ul>

Parmi les interventions réalisées pour le cas A, celles étant en lien avec la problématique de TP sont d'avoir communiqué les observations liées à l'environnement physique de la cliente à l'équipe multidisciplinaire et d'avoir recommandé à la cliente de libérer l'espace pour pouvoir circuler en fauteuil roulant.

Pour ce qui est des interventions en lien avec la problématique de TP pour la cliente B, celles-ci ont été d'avoir recommandé un suivi par un auxiliaire familial et social, afin d'offrir un soutien et d'assurer la sécurité de la cliente, ainsi que d'avoir émis une référence en travail social afin d'impliquer davantage la famille de cette dernière.

En ce qui concerne les cas C et D, un placement temporaire en résidence d'accueil a été réalisé, et ce, dans le but de leur offrir un soutien et un encadrement pour stabiliser l'état mental, développer une routine de vie équilibrée ainsi qu'améliorer les capacités nécessaires à la vie autonome en appartement.

La cliente E est la seule à avoir reçu des interventions en lien spécifiquement avec sa problématique de TP. Au moment de l'entrevue, la cliente E était encore suivie par l'ergothérapeute 2, et ce, depuis plus d'un an et demi. Celui-ci explique que lorsqu'on travaille avec une personne présentant une problématique de TP, il faut s'attendre à un long processus de rétablissement, qui peut durer des mois, voire même des années. L'ergothérapeute 2 mentionne avoir travaillé fort pour développer une relation de confiance avec la cliente et pour lui faire prendre conscience de la précarité de sa situation de vie. En effet, au départ, la cliente était extrêmement réfractaire à l'idée de laisser entrer un intervenant dans son domicile, car celle-ci avait déjà vécu une histoire antérieure d'éviction. Or, comme mentionné précédemment, de nombreuses rencontres passées à discuter avec la cliente et son frère ont été nécessaires pour établir un lien de confiance. Puis, il a ensuite été question d'aider tranquillement la cliente à prendre conscience, par des observations, des enseignements et des questionnements, des dangers que comportaient son environnement et ses habitudes de vie pour sa santé et sa sécurité ainsi que du risque qu'elle encourait de se faire à nouveau évincer de son domicile. L'ergothérapeute 2 était très fier lorsque la cliente a accepté son aide et voici comment il explique l'acceptation de celle-ci :

Ça été une très grande responsabilisation quand elle a dit « si je veux pas me faire évincer je me dois de faire l'effort d'accepter que les autres entrent chez moi, qu'ils me donnent de l'information et qu'ils me coachent un peu dans ce qu'il faut faire ».

Par la suite, l'ergothérapeute mentionne avoir utilisé la narration et l'histoire de vie avec la cliente E. Il s'agissait, en fait, de l'aider à recommencer à verbaliser, d'explorer les éléments positifs du présent et du passé qui lui permettraient de retrouver une qualité de vie et d'identifier des aspects sur lesquels s'appuyer en intervention. Voici comment l'ergothérapeute explique son approche :

Quand on parlait de travail, de famille, de voyage, l'idée c'était de nourrir la narration sur ce qui était favorable dans sa vie, ce qui était des forces, ce qui était intéressant, stimulant. Ça serait quoi pour elle ses récompenses? Des fois je lui demandais : ça avait l'air de quoi la vie autour de vous quand c'était l'*fun*? Faire un peu comme la différence entre les deux situations pi voir est-ce que ça existe encore en elle? C'est quoi maintenant ses forces à son âge? [...] Pi l'histoire de vie et la narration ça incluent aussi tout ce qui se passe autour de vous, qui vous connaissez, à qui vous dites bonjour.

Également, avec l'accord de la cliente, un travail interdisciplinaire, incluant l'ergothérapeute, le médecin de famille, le psychiatre, les soins infirmiers ainsi que l'intervenant en toxicomanie, a été réalisé pour tenter d'éliminer les conditions associées (alcoolisme et symptômes de troubles cognitifs) pouvant avoir un impact sur l'accumulation d'objets, l'insalubrité, l'autonomie et la sécurité à domicile. Ainsi, un sevrage en communauté a été organisé pour traiter la dépendance à l'alcool. Selon l'ergothérapeute 2, un sevrage en communauté s'adresse aux personnes qui veulent arrêter de consommer sans aller en centre de désintoxication. Le sevrage se fait chez la personne et comprend un protocole médicamenteux pour diminuer les symptômes de sevrage (requiert une prescription du médecin), un suivi infirmier pour prendre les signes vitaux et un suivi par d'autres intervenants. Dans le cas de la cliente E, un intervenant en toxicomanie était interpellé afin de répondre aux questions de la cliente et rassurer celle-ci. Puis, l'ergothérapeute 2 était interpellé pour offrir un support, favoriser la motivation et changer les habitudes. En effet, l'ergothérapeute 2 mentionne : « Ça incluait aussi de l'occupation. Par exemple, l'accompagner pour aller acheter des breuvages plaisants et pétillants au lieu de s'asseoir devant sa tv avec un verre d'eau flat ». En ce qui concerne la santé cognitive, un dépistage cognitif a été réalisé et une mise à jour de la médication par le psychiatre était prévue sous peu au moment de l'entrevue.

Une fois la condition médicale stabilisée suite au sevrage d'alcool, l'ergothérapeute et la cliente ont exploré ensemble les éléments requis pour correspondre aux normes de la municipalité et des services de sécurité et d'incendie afin d'éviter d'être évincée de son domicile. L'ergothérapeute mentionne que le but des interventions n'était pas nécessairement d'éliminer complètement la problématique de TP, mais il s'agissait davantage de faire en sorte que la cliente « soit sécuritaire, qu'elle corresponde à nos normes pour ne pas se faire évincer et qu'elle soit

heureuse ». Pour y arriver, l'ergothérapeute explique qu'il a été important d'amener la cliente à identifier elle-même les objectifs pour arriver à correspondre aux normes. Voici comment l'ergothérapeute s'y est pris :

On a nommé ensemble qu'il y a des pompiers ou des gens de la ville qui peuvent débarquer ou des voisins qui peuvent faire des plaintes. Qu'est-ce qu'elle peut faire pour correspondre aux normes? Et ce qu'elle ne peut pas faire, qui peut le faire? [...] Je l'ai pas menacée, je lui ai demandé qu'est-ce qu'ils font vous pensez les gens de la ville ou les pompiers quand ils vont dans une maison et qu'ils voient des choses comme ça? Donc elle a identifié des choses, mais c'est pas moi qui lui ai dit dépêchez-vous parce qu'y va vous arriver telle affaire.

De plus, selon l'ergothérapeute, il s'agit d'un processus de rétablissement. Les interventions doivent respecter le stade où la personne est rendue dans son processus. Or, même après avoir identifié les objectifs pour correspondre aux normes, l'ergothérapeute 2 explique que la cliente E n'avait pas encore atteint un stade suffisant de motivation et de capacités pour arriver à faire le tri, désencombrer, faire le ménage et s'occuper d'elle-même. Celle-ci a donc accepté que quelqu'un l'aide et accomplisse des tâches pour elle dans le but d'éviter l'éviction. Ainsi, la voisine de la cliente, qui avait été identifiée parmi les personnes faisant partie de son entourage lors de l'exploration des forces, a été impliquée dans le processus. Celle-ci s'occupait de quelques tâches d'entretien ménager, de la préparation de repas, offrait un support aux emplettes et participait à certains loisirs avec la cliente, tels que se rencontrer, discuter, se balancer. Une bonne collaboration a été établie entre elle et l'ergothérapeute 2. Celle-ci lui faisait aussi part de ses observations, avec l'accord de la cliente, et appliquait certaines recommandations.

Finalement, après quelque temps, la cliente E a pu participer au tri et au désencombrement de son domicile. L'ergothérapeute explique qu'ils ont commencé par dégager de très petits espaces, qu'ils ont ensuite tranquillement agrandis au fil du temps. Voici ce qu'il mentionne pour appuyer ces propos : « On a commencé par un coin de table, un coin de comptoir, pi on est rendu avec toute sa cuisine, toute sa salle de bain, tout son salon pi son plancher. Y reste sa chambre ». Ainsi, selon l'ergothérapeute 2, la cliente E, qui était alors encore suivie par ce dernier au moment de l'entrevue, avait fait d'énormes progrès depuis le début de la prise en charge en ergothérapie. En effet, celle-ci n'était plus en situation

d'insalubrité et d'encombrement, participait maintenant, en partie, au ménage et au choix de déplacer, jeter et nettoyer ou non des espaces de la maison, avait cessé sa consommation d'alcool, était beaucoup moins déprimée, n'était plus isolée socialement et était maintenant connectée aux services de la communauté. Toutefois, la situation restait tout de même fragile. En effet, l'ergothérapeute explique qu'il sera à l'aise de fermer le dossier lorsque tous les éléments suivants seront en place : mise à jour de la médication, investigation de la cause des pertes de mémoire et mise en place de méthodes compensatoires modérées (suivi infirmier, accompagnement aux rendez-vous).

#### *5.2.2.3. Éléments d'intervention clés*

Même si l'ergothérapeute 1 n'a pas réalisé d'interventions en lien spécifiquement avec la problématique de TP auprès de ces clients, ses expériences vécues l'amènent à penser que l'aspect à prioriser en intervention est la collaboration multidisciplinaire et intersectorielle, c'est-à-dire entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, les ressources communautaires, la municipalité ainsi que les services de sécurité et d'incendie.

L'ergothérapeute 2 croit, pour sa part, que la relation thérapeutique est l'élément primordial avec cette clientèle. Il explique que l'écoute active, la stimulation de la narration ainsi que l'attitude d'ouverture et de non-jugement sont nécessaires dans la posture relationnelle à adopter. Il énonce aussi qu'il faut faire preuve de beaucoup de patience avant de commencer à intervenir directement sur la problématique de TP. Il faut donc se montrer très tolérant envers les éléments de l'environnement physique de la personne qui peuvent s'avérer inconfortables pour l'intervenant. De plus, l'ergothérapeute 2 mentionne que l'utilisation de l'humour peut être très bénéfique notamment pour établir la relation thérapeutique, mais aussi pour stimuler la participation de la personne dans le processus. En effet, il explique que l'humour a favorisé la participation la cliente E au tri et au désencombrement :

J'ai eu beaucoup d'humour et je dirais que ça a fonctionné. Là je l'agace un peu avec sa chambre pi a rit. T'sais pour essayer de dédramatiser un peu pi avoir du *fun*, passer un moment plaisant, pas juste être en train de dire bin là votre chambre faudrait la faire.



#### *5.2.2.4. Forces des personnes présentant une problématique de TP*

Selon les ergothérapeutes 1 et 2, une des forces principales de leurs clients présentant une problématique de TP a été leur désir de rester à domicile et d'avoir leur propre chez soi. Aussi, les ergothérapeutes mentionnent que le réseau social, même s'il était très limité dans chacun des cas, reste une force majeure sur laquelle s'appuyer en intervention, qu'il s'agisse d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami ou même d'un intervenant. Voici ce que l'ergothérapeute 2 mentionne par rapport à la voisine de la cliente E : « Au départ, c'était simplement une voisine, mais maintenant c'est une voisine, une amie et une proche-aidante. La voisine a été une force. Sans elle, on en serait pas là! ». Aucune autre force n'a été ressortie pour les clients A, B, C et D. Toutefois, l'ergothérapeute 2 nomme plusieurs forces supplémentaires chez la cliente E étant donné que celles-ci ont été explorées par la narration et l'histoire de vie. D'abord, la cliente E avait plusieurs intérêts dans le passé, tels que la lecture, l'art, la littérature, la musique, les langues et les voyages, qui recommençaient tranquillement à l'intéresser au fil de la thérapie. De plus, selon l'ergothérapeute 2, celle-ci possédait de bonnes ressources financières grâce à sa carrière passée, une bonne autocritique ainsi qu'un désir d'être fière d'elle-même et de sa vie.

#### *5.2.2.5. Sentiment de compétence et connaissances des ergothérapeutes*

Les ergothérapeutes 1 et 2 rapportent avoir effectué des recherches au cours des dernières années pour augmenter leur niveau de connaissances dans ce domaine. En effet, l'ergothérapeute 1 mentionne avoir lu plusieurs écrits sur la problématique de TP et s'être informé sur les lois et réglementations de la régie du logement pour être davantage en mesure de plaider pour son client si cela devait se reproduire. Puis, l'ergothérapeute 2 s'est renseigné sur la problématique de TP, les ressources existantes dans la communauté ainsi que les différentes approches relationnelles et motivationnelles pouvant être utilisées pour intervenir avec ces personnes. Il a aussi suivi une formation sur la planification des interventions dans les domiciles insalubres, a consulté plusieurs professionnels ainsi qu'un mentor et s'est procuré différents documents dans la littérature, tels qu'une échelle de mesure de l'accumulation.

Malgré tout, les ergothérapeutes mentionnent tous les deux avoir un sentiment de compétence peu élevé pour intervenir auprès de personnes présentant une problématique de TP. En effet, l'ergothérapeute 1 mentionne qu'il aurait besoin de faire davantage de recherches parmi

les données probantes actuelles pour savoir comment intervenir avec cette clientèle. Il explique qu'au moment de ses expériences de travail avec celle-ci, la problématique de TP était encore peu connue. Il mentionne qu'à ce moment, il existait peu de données dans la littérature sur cette problématique et que les professionnels du maintien à domicile étaient très peu outillés par rapport à la santé mentale en général. Voici comment il explique son sentiment de compétence : « Je me demandais comment on fait pour faire le ménage là-dedans? Premièrement on intervient tu là-dessus? À ce moment-là c'était pas connu, on ne pouvait même pas imaginer que c'était une pathologie t'sais! ».

Pour ce qui est de l'ergothérapeute 2, celui-ci mentionne intervenir au meilleur de sa connaissance puisqu'il n'existe pas de lignes directrices claires et précises sur la façon d'intervenir en ergothérapie avec une clientèle présentant une problématique de TP. Cependant, il se trouve tout de même mieux outillé qu'à ses débuts en tant qu'ergothérapeute et croit que l'augmentation de ses connaissances dans le domaine au fil des dernières années a eu un impact favorable sur le processus d'intervention avec la cliente E comparativement à celui avec les clients C et D. En effet, il croit qu'à ce jour, il prendrait probablement plus de temps avec ces derniers et serait en mesure de mieux les représenter avant de voir à un placement temporaire. Voici ce qu'il explique :

Je pense que j'ai peut-être pas assez pris le temps à ce moment-là, j'ai pas assez représenté ces personnes, j'étais pas aussi bien impliqué dans le processus. On est assez intolérants quand même comme société et comme intervenants face à des gens qui sont pas biens. Fac tolérer une personne que ça pue, que c'est insalubre, qui vit avec des risques pour sa santé et sa sécurité des fois pendant six mois un an ça peut être difficile.

#### *5.2.2.6. Rôle de l'ergothérapeute*

Les ergothérapeutes admettent tous les deux que l'ergothérapeute a un rôle à jouer auprès de la clientèle présentant une problématique de TP. D'abord, l'ergothérapeute 1 voit la pertinence de l'ergothérapeute dans l'évaluation du niveau de dangerosité ainsi que dans la médiation entre les clients et les propriétaires de logements ou inspecteurs de la municipalité, par exemple pour négocier des délais. Toutefois, celui-ci croit que l'auxiliaire familial peut être le

meilleur allié de l'ergothérapeute et peut s'avérer très utile pour voir à la sécurité de la personne et offrir un soutien à celle-ci dans son quotidien.

L'ergothérapeute 2, pour sa part, croit que l'ergothérapeute a la capacité d'évaluer l'interaction entre la personne, son environnement ainsi que ses habitudes de vie et occupations. Selon lui, ceci lui permet d'avoir une vision plus holistique des éléments ayant un impact sur l'autonomie et la sécurité à domicile du client et de faire une meilleure coordination des services. De plus, il mentionne que l'ergothérapeute est formé pour aider la personne à retrouver une identité occupationnelle dans le but que sa vie refasse un sens pour elle et il est en mesure de mettre en place des méthodes compensatoires pour assurer l'autonomie et la sécurité à domicile.

### **5.3. Volet 3 : Ergothérapeute ayant participé au sondage**

#### **5.3.1. Description des ergothérapeutes ayant participé au sondage**

Au total, 31 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire électronique conçu dans le cadre de cette étude. Toutefois, un participant a été exclu puisqu'il ne satisfaisait pas le critère d'inclusion exigeant d'avoir eu au moins une expérience de travail directe ou indirecte avec une clientèle présentant un trouble ou une problématique de TP. Le Tableau 7 présente les caractéristiques des 30 participants, telles que le genre, l'âge, la région de travail et le nombre d'années d'expérience de travail en tant qu'ergothérapeutes. Il est à noter que deux ergothérapeutes ont indiqué travailler dans plus d'une région administrative.

Tableau 7: Description des ergothérapeutes participants au sondage

Caractéristique		Pourcentage (n=30)
Genre	Homme	13,3 % (n=4)
	Femme	86,7 % (n=26)
Âge	20-30 ans	23,3 % (n=7)
	31-40 ans	43,3 % (n=13)
	41-50 ans	16,7 % (n=5)
	51-60 ans	13,3 % (n=4)
	61 ans et plus	3,3 % (n=1)
Région administrative	Bas-Saint-Laurent	3,3 % (n=1)
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,3 % (n=1)
	Capital-Nationale	3,3 % (n=1)
	Mauricie	22,3 % (n=7)
	Estrie	3,3 % (n=1)
	Montréal	16,7 % (n=5)
	Abitibi-Témiscamingue	10,0 % (n=3)
	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3,3 % (n=1)
	Chaudière-Appalaches	6,7 % (n=2)
	Laval	6,7 % (n=2)
	Lanaudière	3,3 % (n=1)
	Laurentides	3,3 % (n=1)
	Montréal	13,3 % (n=4)
	Centre-du-Québec	6,7 % (n=2)
Nombre d'années d'expérience	0-4 ans	26,7 % (n=8)
	5-9 ans	0 % (n=0)
	10-19 ans	46,7 % (n=14)
	20 ans et plus	26,7 % (n=8)

Des ergothérapeutes travaillant dans tous les milieux de pratique, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé, ont répondu au sondage. Le centre local de services communautaires (CLSC) et le centre hospitalier sont toutefois les milieux de pratique où le plus grand nombre d'ergothérapeutes ayant répondu au sondage travaillent ou ont travaillé dans leur carrière. La Figure 3 présente la répartition des ergothérapeutes selon les différents milieux de pratique. Pour ce qui est des ergothérapeutes de la catégorie « Autre », ceux-ci ont indiqué travailler en centre de réadaptation en dépendance, au suivi intensif dans le milieu ou comme travailleur autonome.

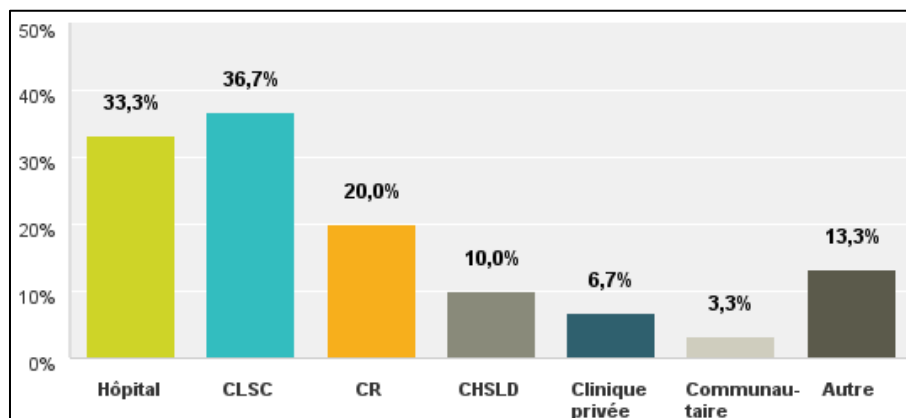


Figure 3. Répartition des ergothérapeutes selon les milieux de pratique

L'échantillon d'ergothérapeutes ayant répondu au sondage comprend des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé avec des enfants. Cependant, les adultes et les personnes âgées constituent la clientèle majoritaire. De plus, davantage d'ergothérapeutes (53,3%) indiquent travailler ou avoir travaillé dans le domaine de la santé mentale. Toutefois, bon nombre (36,7%) travaillent tout de même dans le domaine de la santé physique. La Figure 4 illustre la répartition des ergothérapeutes en fonction des différents types de clientèles avec lesquelles ceux-ci travaillent ou ont travaillé. Pour ce qui est des ergothérapeutes de la catégorie « Autre », un ergothérapeute a indiqué travailler avec une clientèle en précarité socio-économique et désaffiliation sociale et un autre auprès d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

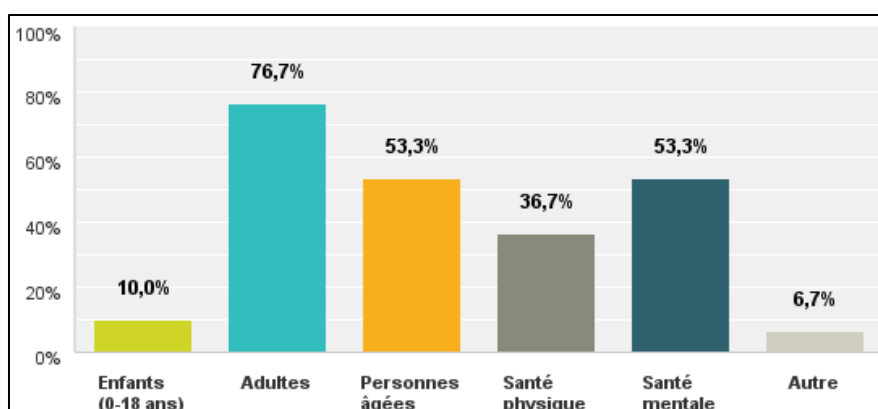


Figure 4. Répartition des ergothérapeutes selon les types de clientèles

Tel que requis dans les critères d'inclusion, tous les ergothérapeutes ont eu au moins une expérience de travail directe ou indirecte avec une personne présentant une problématique de TP. La Figure 5 illustre la répartition des ergothérapeutes en fonction du nombre de cas auprès desquels ils ont été impliqués directement (à gauche) et indirectement (à droite) au cours de leur pratique. D'après les diagrammes de la Figure 5, tous les ergothérapeutes ont travaillé directement avec au moins une personne ayant une problématique de TP et certains ergothérapeutes en ont même rencontré plus d'une. Toutefois, ce n'est pas tous les ergothérapeutes qui ont été impliqués indirectement auprès de cette clientèle, mais la plupart ont aussi eu des expériences de travail indirectes avec celle-ci.

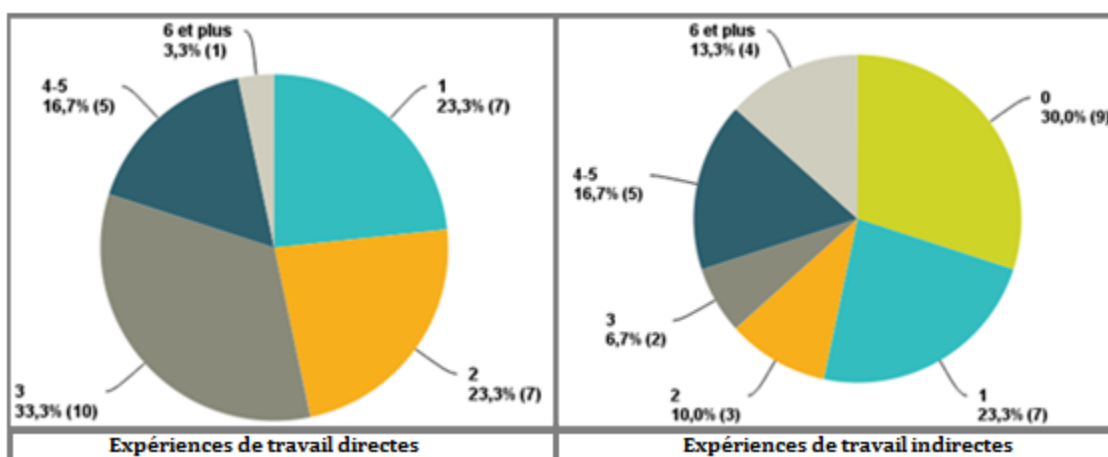


Figure 5. Répartition des ergothérapeutes en fonction du nombre d'expériences de travail directes et indirectes

### 5.3.2. Expériences directes et indirectes des ergothérapeutes ayant participé au sondage

Cette section des résultats vise à dresser un portrait des expériences de travail directes et indirectes des ergothérapeutes au Québec avec une clientèle présentant une problématique de TP d'après les réponses des ergothérapeutes ayant participé au sondage. Ainsi, les expériences des ergothérapeutes seront détaillées en plusieurs points : contextes dans lesquels les ergothérapeutes ont été impliqués auprès de personnes présentant une problématique de TP dans le cadre de leur travail; professionnels de leur équipe étant intervenus spécifiquement sur la problématique de TP; membres de l'environnement social des clients rencontrés; motifs des références initiales reçues en ergothérapie; évaluations et interventions en lien avec le motif de la référence initiale

en ergothérapie; évaluations et interventions en lien spécifiquement avec la problématique de TP; rôle de l'ergothérapeute; sentiment de compétence et connaissances des ergothérapeutes.

### 5.3.2.1. Contextes de travail

Les expériences directes et indirectes des ergothérapeutes avec des personnes présentant une problématique de TP sont survenues dans différents contextes de travail. La Figure 6 présente ainsi ces différents contextes. Selon les résultats obtenus au sondage, les contextes de pratique les plus fréquents dans lesquels les ergothérapeutes ont été impliqués avec cette clientèle sont la prise en charge individuelle (80%) ainsi que les discussions de cas en équipe (63,3%). Pour ce qui est de la catégorie « Autre », un ergothérapeute mentionne avoir rencontré un client présentant une problématique de TP dans le cadre seulement d'une évaluation fonctionnelle visant à déterminer l'orientation au congé de l'hôpital et un autre mentionne avoir fait partie d'un projet de recherche sur le sujet.

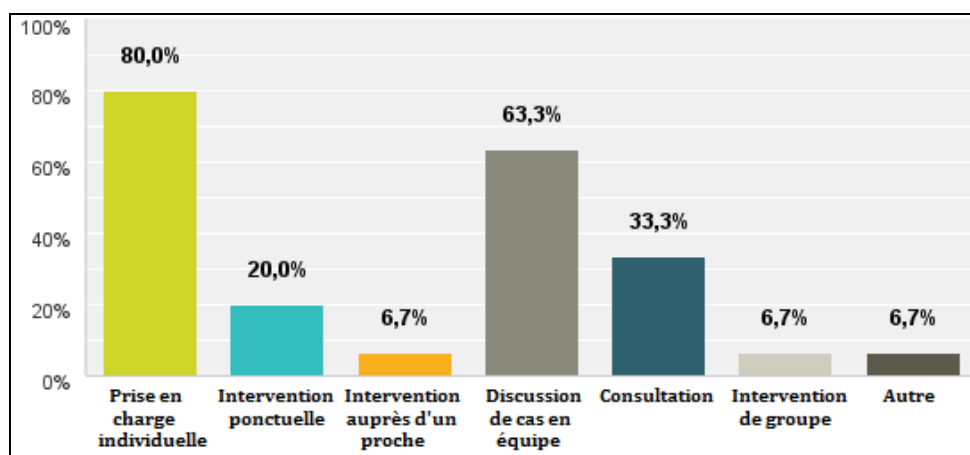


Figure 6. Contextes de travail dans lesquels les ergothérapeutes ont été impliqués auprès de personnes présentant une problématique de TP

### 5.3.2.2. Professionnels étant intervenus spécifiquement sur la problématique de TP

Selon les expériences de travail vécues par les ergothérapeutes, les professionnels qui sont le plus souvent intervenus spécifiquement sur la problématique de TP sont l'ergothérapeute (80%), le travailleur social (63,3%) et le médecin (26,7%). La Figure 7 présente en pourcentages les professionnels étant intervenus directement sur la problématique de TP. Dans la catégorie « Autre » (40%), cinq ergothérapeutes indiquent que ce sont les services d'incendies (pompiers)

et les autres services municipaux (sécurité publique et salubrité) qui sont intervenus ; quatre ergothérapeutes désignent, pour leur part, l'éducateur spécialisé ; un ergothérapeute désigne l'agent de relations humaines. De plus, douze ergothérapeutes mentionnent avoir travaillé en équipe avec soit le travailleur social, l'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS, auxiliaire familial et social), le psychiatre, le médecin, le psychologue ou le psychoéducateur. Également, un ergothérapeute indique qu'un groupe sur la problématique de TP a aussi été offert par le CLSC, sans toutefois nommer le professionnel responsable du groupe. Deux ergothérapeutes mentionnent avoir seulement complété l'évaluation et que, par la suite, le travailleur social ou le psychoéducateur ont réalisé les interventions.

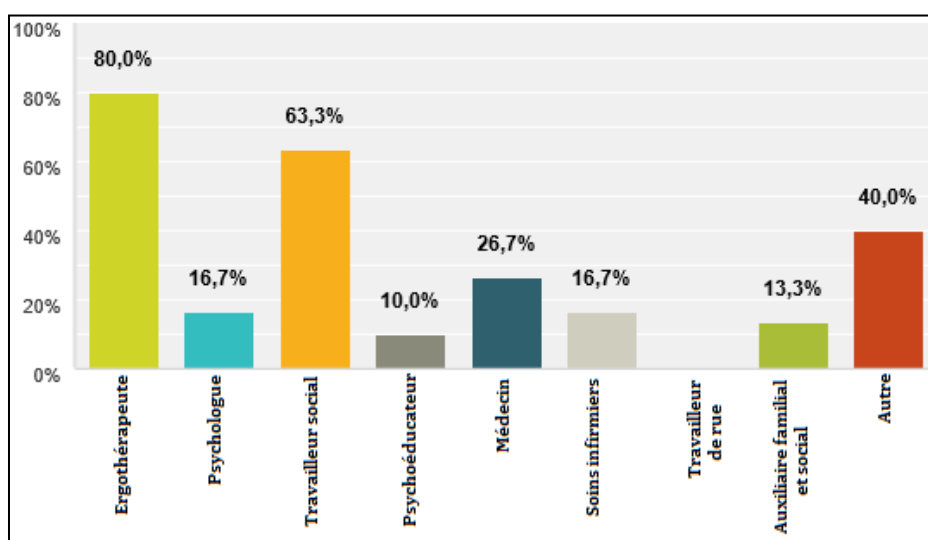


Figure 7. Professionnels étant intervenus spécifiquement sur la problématique de TP

### 5.3.2.3. Membres de l'environnement social rencontrés par les ergothérapeutes

Une question du sondage concernait spécifiquement l'environnement social des personnes présentant une problématique de TP. À cette question, 66,7% des ergothérapeutes ont répondu avoir rencontré l'entourage des clients présentant une problématique de TP. Les personnes rencontrées étaient majoritairement des membres de la famille immédiate (enfants, conjoint et fratrie) ou les aidants principaux. Certains ergothérapeutes mentionnent aussi avoir rencontré et discuté avec des amis, des propriétaires de logements et des voisins de leurs clients



et d'autres avoir collaboré avec des aidants naturels hors famille, tels que le personnel soignant à domicile (préposés et infirmières).

#### *5.3.2.4. Références en ergothérapie*

Parmi les ergothérapeutes ayant répondu au sondage, 73,3% affirment avoir obtenu une ou des références en ergothérapie pour intervenir auprès de clients présentant une problématique de TP. Selon les réponses données par les ergothérapeutes, les motifs des références initiales en ergothérapie concernaient rarement directement la problématique de TP. En effet, un ergothérapeute indique en commentaire : « La plupart du temps, les références visent d'autres objectifs » et un autre indique : « Souvent, ce sont des raisons différentes [de la problématique] qui amènent ces gens à être hospitalisés ». Le Tableau 8 présente les motifs des références initiales en ergothérapie selon les expériences vécues par les ergothérapeutes. Neuf motifs de référence rapportés étaient directement en lien avec la problématique de TP. Parmi ceux-ci, sept références visaient à désencombrer ou à aider la personne à désencombrer/trier ses objets et les deux autres indiquaient seulement « problématique d'accumulation » ou « syndrome de Diogène » sans autres précisions. Pour ce qui est des références qui ne visaient pas directement la problématique de TP, les catégories de motifs les plus fréquentes étaient : l'évaluation de l'autonomie et de la sécurité dans les occupations en vue d'un retour ou d'un maintien à domicile ; l'établissement d'une routine et d'un horaire occupationnel équilibré et la réactivation par la reprise d'activités ; la réduction du risque de chutes ; la diminution de l'isolement social ; l'évaluation fonctionnelle en vue d'un retour au travail et l'aide pour fonctionner au travail.

Tableau 8 : *Motifs des références initiales en ergothérapie*

<b>Motifs en lien avec la problématique de TP</b>	<b>n</b>
Soutien, structure et organisation du désencombrement et du tri	7
Problématique d'accumulation et Syndrome de Diogène	2
<b>Motifs non en lien avec la problématique de TP</b>	<b>n</b>
Évaluation de l'autonomie et de la sécurité (retour à domicile ou maintien à domicile)	19
Reprise d'une routine, organisation du quotidien, équilibre occupationnel, réactivation, retrouver des occupations significatives, reprendre des activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD)	6
Réduction du risque de chutes	3
Diminution de l'isolement et réinsertion sociale	3
Évaluation fonctionnelle en vue d'un retour au travail et aide pour fonctionnement au travail	3
Mise en place de support et évaluation de la sécurité pour les aidants	2
Diminution des compulsions, de l'anxiété envahissante et des phobies	2
Dépistage cognitif	2
Évaluation du domicile pour adaptation domiciliaire et équipements à la salle de bain	2
Gestion des émotions et support dans un processus de deuil	2
Positionnement au fauteuil roulant	1

#### 5.3.2.5. *Évaluations et interventions en lien spécifiquement avec la problématique de TP*

Selon les résultats du sondage, 73,3% des ergothérapeutes ont réalisé des évaluations et des interventions spécifiquement en lien avec la problématique de TP. En ce qui concerne les évaluations, certains ergothérapeutes rapportent avoir évalué les risques d'incendies et de contamination/empoisonnement. Il est à noter qu'un ergothérapeute a fait appel aux pompiers pour statuer sur le niveau de dangerosité du domicile. D'autres ergothérapeutes rapportent avoir évalué les impacts fonctionnels des symptômes de la TP et/ou des troubles cognitifs exacerbant les conséquences de la TP. Également, plusieurs ergothérapeutes mentionnent avoir exploré chez leurs clients les raisons entraînant la problématique de TP, leur autocritique par rapport à cette dernière ainsi que leur niveau d'inconfort face à leur situation de vie. De plus, des éléments, tels que la capacité à se départir ou non de certains objets, le type d'encombrement ainsi que les obstacles au désencombrement, ont aussi été évalués.

Pour ce qui est des interventions effectuées, cinq catégories d'interventions émergent : 1) aide au désencombrement (41,7%), 2) restructuration cognitive et approche cognitivo-comportementale (22,9%), 3) enseignements (16,7%), 4) assistance, support et encouragements au quotidien (12,5%) et 5) favoriser le discours de changement (6,3%). Le Tableau 9 fait état des interventions détaillées pour chacune de ces cinq catégories d'interventions. Par ailleurs, deux

ergothérapeutes expliquent dans quel but leurs interventions ont été réalisées. Premièrement, un ergothérapeute mentionne : « Au final, mon but fonctionnel était que le milieu de vie [du client] redevienne plus accessible et propice à un équilibre occupationnel satisfaisant ». Puis, un autre mentionne : « Mes priorités dans le processus de désencombrement étaient la sécurité, la salubrité et la fonctionnalité ». Également, il est à noter que six ergothérapeutes mentionnent avoir établi des objectifs liés au désencombrement directement avec le client. Par exemple, un ergothérapeute dit avoir demandé à son client « ce qu'il désirait retrouver dans ses occupations quotidiennes. Par exemple, pouvoir amener sa famille ou ses amis à la maison ou pouvoir prendre son bain ». Un autre indique que son client s'était fixé l'objectif « de faire un certain nombre de minutes de ménage ou de vider un certain nombre de boîtes par jour ».

Tableau 9 : *Interventions spécifiquement en lien avec la problématique de TP*

<b>Aide au désencombrement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche par réduction des méfaits.</li> <li>- Diviser l'activité de désencombrement en plus petites tâches selon le niveau d'énergie et d'implication émotionnelle.</li> <li>- Séances de tri : piles à jeter, à donner, à vendre, à garder (objets, aliments périmés, papiers relatifs à l'argent).</li> <li>- Désencombrement par zones fonctionnelles et/ou sécuritaires (dégager les sorties et les espaces près des sources de chauffage et des luminaires, libérer la douche, les lavabos, la toilette et les électroménagers).</li> <li>- Tri grossier d'abord pour éventuellement faire des choix (garder, jeter, donner, vendre).</li> <li>- Gestion du risque de chutes en libérant des espaces pour circuler.</li> <li>- Déblayage de la zone autour du lit pour permettre les soins d'hygiène à domicile.</li> <li>- Séances de tri en collaboration avec l'ASSS, le travailleur social, l'éducateur spécialisé ou l'infirmière.</li> </ul>
<b>Restructuration cognitive/approche cognitivo-comportementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche basée sur la TCC (questionner les pensées favorisant la TP pour défaire les fausses croyances et les facteurs de maintien).</li> <li>- Analyse des critères de décision face au fait de garder ou se départir des objets.</li> <li>- Questionner les achats futurs et leur pertinence.</li> <li>- Mises en situation afin d'emmener la personne à prendre conscience du problème.</li> <li>- Faire des plans de classement, de hiérarchisation et de tri.</li> <li>- Faire un échéancier et un horaire pour les séances de tri.</li> <li>- Exposition graduée au fait de trier des objets.</li> </ul>
<b>Enseignements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problématique de TP.</li> <li>- Processus d'anxiété associés à la problématique de TP.</li> <li>- Recommandation de lire le livre <i>Entre monts et merveilles : Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive</i>.</li> <li>- Raisons pour lesquelles certains biens sont plus difficiles à délaissier.</li> <li>- Stratégies de contrôle de la dépendance.</li> <li>- Stratégies pour contrer la procrastination.</li> <li>- Exercices de gestion des émotions.</li> <li>- Recommandations en lien avec l'aménagement pour la sécurité aux déplacements.</li> </ul>
<b>Assistance, support et encouragements au quotidien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Support dans les efforts et défis et encouragements dans le processus.</li> <li>- Assistance hebdomadaire dans le ménage du domicile, l'organisation des lieux et les tâches ménagères.</li> <li>- Mise en place de services à domicile.</li> <li>- Implication des proches aidants.</li> <li>- Implication d'un voisin.</li> </ul>
<b>Favoriser le discours de changement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche motivationnelle.</li> <li>- Entretien motivationnel (balance décisionnelle pour changer ou non les habitudes).</li> </ul>

### 5.3.2.6. Évaluations et interventions en lien avec le motif de la référence initiale en ergothérapie

Tous les ergothérapeutes ayant reçu une ou des références en ergothérapie pour intervenir auprès de clients présentant une problématique de TP ont effectué des évaluations et/ou des interventions en lien avec le motif de ces références.

Évaluation : 31,3% des éléments ressortis par les ergothérapeutes se rapportent à l'évaluation. En général, les ergothérapeutes ont procédé à l'évaluation de l'autonomie et de la sécurité de la personne dans ses occupations à domicile (en vue d'un maintien ou d'un retour à domicile). Il est à noter que quatre ergothérapeutes parmi ceux-ci indiquent n'avoir évalué que l'autonomie et la sécurité dans les transferts et déplacements. Un autre ergothérapeute mentionne avoir utilisé des évaluations basées sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), telles que le MOHOST, le ACIS et le OCAIRS.

Intervention : deux catégories d'interventions ressortent principalement. La première catégorie (35,4%) consiste en des interventions visant à améliorer l'autonomie et/ou la sécurité à domicile (par des enseignements, dégagement des aires de circulation pour prévenir les chutes, mise en place d'équipements, d'aides techniques, de ressources et de services). Six ergothérapeutes mentionnent cependant s'être concentrés sur l'autonomie et la sécurité dans les transferts et déplacements afin de réduire le risque de chutes. La deuxième catégorie (10,4%) consiste en des interventions visant la reprise d'activités et l'établissement d'une routine et d'un horaire occupationnel équilibré (par des enseignements, entretien motivationnel, groupe, utilisation d'un horaire occupationnel, d'un agenda et d'un calendrier). Finalement, quelques autres interventions ont aussi été réalisées. Le Tableau 10 présente les interventions en lien avec les motifs des références initiales en ergothérapie réalisées par les ergothérapeutes.

Tableau 10 : *Interventions en lien avec les motifs des références initiales*

Interventions	n
Amélioration de l'autonomie et/ou de la sécurité à domicile (enseignements, dégagement des aires de circulation, mise en place d'équipements, d'aides techniques, de ressources et de services)	17
Reprise d'activités et établissement d'une routine et d'un horaire occupationnel équilibré (enseignements, entretien motivationnel, groupe, utilisation d'un horaire occupationnel, d'un agenda et d'un calendrier)	5
Briser l'isolement social (accompagnement dans des ressources communautaires, participation à des activités du quartier, groupe pour travailler la socialisation)	3
Retour au travail	2
Organisation de transport adapté	2
Références à d'autres professionnels	2
Remplacement de fauteuil roulant	1
Recommandation de changement de milieu de vie	1
Exposition graduée in vivo en lien avec les phobies	1
Gestion de l'anxiété (ateliers, travailler les habitudes et les sphères d'intérêts)	1

### *5.3.2.7. Rôle de l'ergothérapeute*

Bien que des répondants mentionnent que les interventions devraient toujours être réalisées en équipe interdisciplinaire, 100% des ergothérapeutes du sondage ont répondu que l'ergothérapeute a bel et bien un rôle à jouer auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP. Plusieurs le justifient par le fait que l'encombrement de l'environnement physique de ces personnes représente un obstacle majeur à la réalisation des occupations. Par exemple, un participant mentionne que « l'encombrement de l'environnement a un impact direct sur les occupations » et un autre ajoute que « la psychopathologie, même traitée médicalement, perturbe les aspects fonctionnels de la personne ». De plus, d'autres font valoir que l'ergothérapeute « traite la personne dans son ensemble » et peut donc faire des liens entre les sphères physique, cognitive et affective de la personne tout en tenant compte de l'environnement de celle-ci pour expliquer les difficultés fonctionnelles rencontrées et les risques pour la sécurité.

Une question du sondage visait spécifiquement à connaître le rôle de l'ergothérapeute avec cette clientèle. Plusieurs rôles ont été identifiés par les répondants et parmi ceux-ci, six catégories de rôles ont émergé : 1) aider la personne à mieux fonctionner dans ses occupations à domicile (26,5%), 2) évaluer l'autonomie et la sécurité de la personne à domicile dans une optique de maintien ou de retour à domicile (23,5%), 3) assurer un environnement sécuritaire à domicile (14,7%), 4) aider la personne à désencombrer son domicile (supporter, structurer, adapter l'activité de trier/jeter, établir une routine, utiliser les intérêts) (14,7%), 5) aider la personne à reprendre des occupations significatives et utiliser l'activité pour répondre au besoin autrement comblé par l'accumulation (11,8%) et 6) cibler les facteurs occupationnels favorisant l'accumulation d'objets (au niveau de la routine occupationnelle et des priorités occupationnelles, comprendre en quoi l'accumulation d'objets est une occupation significative pour la personne) (8,8%).

### *5.3.2.8. Sentiment de compétence et connaissances des ergothérapeutes*

Le sentiment de compétence des ergothérapeutes pour intervenir auprès de la clientèle présentant une problématique de TP est variable selon les participants. En effet, 13,3% des ergothérapeutes ne se sentent pas compétents, 23,3% se sentent peu compétents, 63,3% se

sentent moyennement compétents et aucun ergothérapeute ne se sent totalement compétent. Un ergothérapeute mentionne pour appuyer son manque de sentiment de compétence : « Je suis au soutien à domicile et je travaille avec des problèmes physiques ou cognitifs. Je ne me sens donc pas outillée pour travailler auprès de la santé mentale et sur cette pathologie spécifiquement ».

Par contre, 43,3% des ergothérapeutes ont répondu avoir tout de même certaines connaissances en lien avec la problématique de TP et les interventions auprès de cette clientèle. En effet, parmi ce groupe, 56,7% rapportent avoir fait des lectures sur le sujet dans des articles scientifiques, dans des ouvrages et dans la littérature grise. Notamment, un ergothérapeute mentionne avoir lu un guide produit par un CLSC et trois ergothérapeutes mentionnent avoir lu le livre *Entre monts et merveilles : Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. De plus, 26,7% rapportent avoir consulté d'autres professionnels. En effet, des discussions avec l'équipe interdisciplinaire et auprès d'un psychiatre, d'un travailleur social, d'un autre ergothérapeute ou d'un pompier ont été ressorties et trois ergothérapeutes mentionnent même s'être fait superviser par un professionnel ayant de l'expérience et des connaissances avec cette clientèle. Finalement, 16,7% rapportent avoir participé à des formations spécifiques et conférences. Des formations notamment sur l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble de l'accumulation compulsive, sur les problèmes d'insalubrité ainsi que sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) spécifiquement pour les TOC ont été nommées.

Également, 86,7% des ergothérapeutes croient qu'une formation sur le sujet serait utile à leur pratique. D'ailleurs, un participant mentionne que « ceci permettrait d'accroître le sentiment de compétence de l'ergothérapeute et permettrait aussi de limiter les préjudices pour la personne et son entourage ». Plus précisément, la formation devrait comporter cinq aspects pertinents selon les répondants : 1) processus d'évaluation et d'intervention (notamment au niveau des outils d'évaluation et des interventions ayant fait leurs preuves, des approches à privilégier, des stratégies pour établir le lien de confiance, des étapes à suivre et des objectifs réalistes à atteindre) (51,9%), 2) connaissances sur la problématique en général (17,3%), 3) collaboration interdisciplinaire ainsi qu'avec les différents partenaires (proches, entourage, municipalité, autres

services) (17,3%), 4) connaissances au niveau du cadre légal et des normes municipales et d'habitation (7,7%) et 5) pièges à éviter avec cette clientèle (5,8%).



## **6. DISCUSSION**

Dans cette section de l'essai, les éléments qui ressortent des résultats obtenus dans les trois volets de l'étude seront discutés à l'égard des objectifs de recherche, du cadre conceptuel de l'étude ainsi que des résultats de travaux antérieurs. Rappelons que les objectifs de cette étude étaient d'explorer la perception des personnes présentant une problématique de TP par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement et de mieux connaître l'expérience des ergothérapeutes au Québec auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP. Ceci dans le but d'explorer la contribution possible des ergothérapeutes auprès de cette clientèle ainsi que l'utilisation d'une approche axée sur les forces. Ainsi, le cadre conceptuel choisi comme orientation théorique de cette étude était constitué de l'approche axée sur les forces ainsi que du MCPP pour permettre de mieux comprendre le processus de pratique habituellement effectué en ergothérapie. Enfin, cette section de l'essai présentera également les forces et les limites de l'étude ainsi que ses retombées pour la pratique en ergothérapie.

### **6.1. Forces individuelles et forces de l'environnement des personnes présentant une problématique de TP**

Il est intéressant de constater que les deux participantes de cette étude ont été en mesure de nommer des forces individuelles et des forces liées à leur environnement. En effet, celles-ci ont une multitude d'intérêts et s'adonnent à plusieurs occupations significatives. Elles entretiennent aussi de nombreuses aspirations et sont capables d'identifier leurs compétences ainsi que les traits positifs de leur personnalité. De plus, les deux participantes aiment leur communauté, qui selon elles, dispose de nombreuses ressources, et celles-ci rapportent avoir un bon réseau social. Or, comme mentionné précédemment, l'exploration des forces des personnes présentant une problématique de TP n'est pas courante dans les écrits, mais cette étude montre que celle-ci est possible et bénéfique. En effet, la participante 1 mentionne avoir apprécié réaliser cette réflexion inhabituelle l'amenant à ressortir ses forces et voit cette expérience de manière positive pour elle.

Toutefois, en dépit de leurs nombreuses forces, ces personnes souffrent. En effet, la participante 2 mène un combat contre ses idées suicidaires et la participante 1 vit de

l'insatisfaction et de la honte par rapport à elle-même en raison de l'encombrement et du désordre de son domicile. Ceci la limite dans sa capacité à inviter des gens chez elle et à entretenir ses relations de façon mutuelle. Par conséquent, l'extérieur et l'intérieur du domicile de la participante 1 correspondent « métaphoriquement » à deux mondes distincts. Le monde extérieur est celui où la majorité des occupations significatives sont réalisées, les intérêts actualisés et les relations sociales entretenues contrairement au monde à l'intérieur de son domicile. Ceci permet alors de constater que la TP est une problématique pouvant passer inaperçue à l'extérieur du domicile de la personne même si cette dernière souffre. Cela peut expliquer pourquoi les personnes qui présentent cette problématique sont à risque de ne pas recevoir d'aide. Cette observation correspond d'ailleurs aux résultats de l'étude de Ayers et *al.* (2010), qui révèlent que la problématique de TP est rarement dépistée et demeure trop souvent non traitée.

De plus, sans qu'elles l'aient explicitement nommée, une force majeure des participantes est leur autocritique quant à leur problématique de TP. En effet, malgré qu'il s'agisse d'une problématique envahissante et souvent incomprise, les participantes ont reconnu avoir cette problématique et ont été en mesure de donner une explication de leur compréhension de celle-ci ainsi que de leur vécu au quotidien. Ceci montre leur capacité à réfléchir et à faire des liens par rapport à leur problématique de TP ainsi que leur envie de mieux la comprendre. Par ailleurs, leur tentative d'explication des facteurs ayant pu contribuer à leur problématique de TP est très intéressante. D'abord, les deux participantes ont nommé, entre autres, le décès d'un proche. En effet, la participante 1 dit avoir perdu son père en bas âge et la participante 2 avoir perdu son conjoint et ses fils. Ceci concorde avec les données présentes dans les écrits. En effet, selon le DSM-5 (APA, 2013/2015), des événements de vie stressants, tels qu'un décès, peuvent constituer des facteurs de risque au développement du trouble de la TP. D'ailleurs, dans une étude de Tolin, Meunier, Frost et Steketee (2010), 35% des 751 participants qui présentaient des symptômes de la TP ont rapporté avoir vécu une perte ou un changement au niveau relationnel au moment de l'apparition de la problématique et 4% d'un échantillon de 51 participants de l'étude de Grisham et *al.* (2006) ont rapporté avoir fait face au décès d'un être cher. Également, un autre fait intéressant est que les participantes ont toutes les deux comparé l'accumulation d'objets à un mécanisme leur procurant une certaine sécurité ou protection. Or, selon O'Connor et *al.* (2012), il s'agit d'un phénomène commun chez les personnes présentant une problématique

de TP. En effet, ces auteurs expliquent que « les possessions créent un confort émotionnel ou un sentiment de sécurité qui amène l'individu à conserver ses biens pour éviter l'anxiété » (p.33). Finalement, la participante 1 questionne aussi la génétique, ayant un oncle et une tante avec une problématique semblable. Cette hypothèse demeure plausible étant donné que 50% des personnes qui accumulent de façon compulsive rapportent avoir un parent qui accumule aussi (APA, 2013/2015). En ce qui concerne la participante 2, une rémission subite des symptômes de la TP suite à une éviction telle que rapportée est possible, mais demeure plutôt rare dans la littérature. En effet, seulement 3,1% des 751 participants de l'étude de Tolin et *al.* (2010) ont vu une réduction de leurs symptômes de la TP après avoir vécu une perte ou un bris de leurs possessions. De plus, selon l'étude de Grisham et *al.* (2006), certains des participants expliquent avoir eu moins de symptômes de la TP pendant une période au cours de leur vie, mais aucun n'a fait l'expérience d'une rémission complète. Également, l'étude de Ayers et *al.* (2010) révèle qu'en général la problématique de TP tend à se chroniciser au fil du temps et la sévérité des symptômes augmente graduellement à chaque décennie.

## **6.2. Synthèse du processus de pratique rapporté par les ergothérapeutes**

### **6.2.1. Contexte, schèmes de référence et processus**

Les résultats de cette étude révèlent que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale ainsi qu'en santé physique sont appelés à travailler auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP un peu partout au Québec. Ceci montre donc que les ergothérapeutes peuvent, peu importe leur contexte de travail, un jour avoir à intervenir auprès d'un client ayant cette problématique. Le fait que les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé physique puissent eux aussi être appelés à intervenir auprès de ces personnes même s'il s'agit d'une problématique de santé mentale n'est pas surprenant étant donné le risque de chutes important (Kim et *al.*, 2001) ainsi que le taux élevé de maladies chroniques chez cette clientèle (Tolin et *al.*, 2008b). En effet, ceci amène fréquemment ces personnes à consulter, à avoir recours à des services à domicile du CLSC ou à être hospitalisées, ce qui explique que les ergothérapeutes du sondage aient rencontré en majorité ces personnes en CLSC ou en centre hospitalier. De plus, le fait que les clients rencontrés par les ergothérapeutes de cette étude étaient majoritairement des adultes ou des personnes âgées s'accorde avec les écrits étant donné

que les symptômes de la TP sont généralement plus sévères dans cette tranche d'âge (APA, 2013/2015; Ayers et *al.*, 2010).

Également, on constate que les motifs des références initiales en ergothérapie sont rarement directement en lien avec la problématique de TP. Ceci sous-tend donc que les ergothérapeutes allant à domicile sont mieux placés pour constater la problématique de TP et ainsi intervenir sur celle-ci. Plusieurs évaluations et interventions en lien avec la problématique de TP sont réalisées par les ergothérapeutes. En général, l'objectif de ces interventions est de favoriser le fonctionnement et la sécurité du client dans ses occupations à domicile et ce, en aidant ce dernier à désencombrer son environnement. Un fait intéressant est que les interventions concordent avec ce qui est proposé dans les écrits. Par exemple, le guide de pratique sur le traitement du trouble de la TP de Steketee et Frost (2007; 2014b) propose des interventions semblables à celles rapportées par les ergothérapeutes. En effet, la thérapie proposée comprend l'enseignement de stratégies d'organisation et de résolution de problèmes, l'exposition graduelle, la restructuration cognitive lors des séances de tri ainsi que l'entretien motivationnel. De plus, la présente étude révèle aussi que les interventions utilisées par les ergothérapeutes avec cette clientèle se basent sur plusieurs schèmes de référence et approches. D'abord, l'utilisation de stratégies de restructuration cognitive fait référence au schème cognitivo-comportemental. Ce choix d'intervention concorde avec les études, qui proposent des interventions cognitivo-comportementales pour le traitement de cette clientèle, retenues dans la méta-analyse de Tolin et *al.* (2015). De plus, l'exposition graduée au tri et au désencombrement ainsi que l'entraînement aux habiletés d'organisation, de hiérarchisation et de prise de décisions en situation réelle se basent également sur ce même schème. Ces dernières s'accordent avec les interventions proposées dans les études de Ayers et *al.* (2014) et de Turner et *al.* (2010). Par ailleurs, celles-ci font aussi appel à des compétences et connaissances ergothérapeutiques, telles que l'analyse et la gradation de l'activité en concordance avec le souci d'offrir un défi adapté à la personne, ce qui montre l'apport pertinent de l'ergothérapeute dans l'intervention auprès de cette clientèle. Pour ce qui est des autres interventions utilisées par les ergothérapeutes de cette étude, l'entretien motivationnel découle de l'approche motivationnelle et a également été utilisé dans plusieurs études auprès de personnes présentant une problématique de TP, notamment celle de Ayers et *al.* (2012) et de Turner et *al.* (2010). Aussi, l'enseignement aux clients sur leur problématique de TP

découle de l'approche psychoéducative, qui est couramment utilisée en ergothérapie avec tous les types de clientèles (Cole, 2012). Finalement, on retrouve l'approche de réduction des méfaits, qui apparaît pertinente auprès de la clientèle présentant une problématique de TP selon Tompkins (2011).

### **6.2.2. Utilisation d'une approche axée sur les forces auprès de cette clientèle**

L'ergothérapeute 2 a utilisé, en quelque sorte, une approche axée sur les forces avec la cliente E en utilisant des méthodes, telles que la narration et l'histoire de vie, pour explorer ses forces. En effet, ces méthodes ont été choisies par l'ergothérapeute 2 afin d'explorer les éléments favorables et stimulants du présent et du passé de la vie de la cliente, et ce, autant au niveau personnel que dans l'environnement de celle-ci. De fait, ceci a permis d'identifier certains intérêts ainsi que la voisine de la cliente E, qui se sont avérés être des forces sur lesquelles s'appuyer en intervention afin de lui permettre de reconstruire un sens en sa vie, favoriser sa motivation face à la thérapie, briser son isolement social et l'aider à mieux fonctionner dans son quotidien. Selon Taylor (2008), la narration et l'histoire de vie sont des méthodes visant à mieux connaître et comprendre le client et celles-ci peuvent alors l'aider à porter un regard nouveau et plus positif sur son avenir.

De plus, les interventions réalisées par l'ergothérapeute 2 apparaissent pertinentes dans une optique de rétablissement en santé mentale. Ce dernier a d'ailleurs évoqué qu'il s'agissait d'un processus de rétablissement avec la cliente E. En effet, l'ergothérapeute a exploré les forces de la cliente dans le but de renouer avec certains intérêts et de favoriser la reprise d'occupations signifiantes ainsi que le développement de relations sociales solides, qui sont des éléments pouvant permettre de favoriser le rétablissement (Provencher, Lecomte, Saucier et Lauzon, 2002). Selon Rapp et Goscha (2012), l'approche orientée vers le rétablissement s'apparente en plusieurs points à l'approche axée sur les forces. En effet, dans les écrits, le concept de rétablissement en santé mentale ne fait pas référence à la guérison. Il s'agit plutôt d'apprendre à vivre une vie satisfaisante, significative et empreinte d'espoir malgré certains symptômes et limites de la maladie (Anthony, 1993). D'autres auteurs le voient comme un processus de croissance personnel qui implique, d'une part, que la personne se reconstruise une identité positive dans laquelle la maladie mentale est intégrée et acceptée et, d'autres parts, qu'elle

développe également de nouveaux buts et un nouveau sens à sa propre vie (Anthony; Pettie et Triolo, 1999).

De plus, les résultats obtenus auprès des ergothérapeutes du sondage révèlent que les forces, tels que les intérêts, les occupations significantes ainsi que les aspirations des clients présentant une problématique de TP peuvent être utilisés en intervention comme motivateurs au désencombrement. Par exemple, il serait intéressant d'utiliser les intérêts et les aspirations de la participante 1, tels que concevoir de plus grandes toiles d'aquarelle ou s'adonner à la couture, pour augmenter sa motivation à désencombrer un premier espace dans son domicile qui lui permettrait alors de s'adonner à une de ces deux occupations significantes. De plus, l'entrevue avec l'ergothérapeute 2 révèle également que l'exploration des intérêts permet d'identifier des « récompenses » que la personne pourrait s'accorder lorsqu'elle atteint ses objectifs de désencombrement. Or, selon les résultats de cette étude, une approche axée sur les forces pourrait donc être utilisée en ergothérapie avec une clientèle présentant une problématique de TP.

### **6.2.3. Éléments d'intervention clés**

Certains éléments importants à respecter pour favoriser la réussite du processus ergothérapique auprès de personnes présentant une problématique de TP ont été identifiés par les ergothérapeutes de cette étude. D'abord, il est essentiel que l'ergothérapeute adopte une attitude de non-jugement, qu'il soit en mesure de stimuler les échanges et qu'il fasse preuve d'écoute active pour favoriser le développement du lien de confiance avec le client. En effet, comme le souligne Taylor (2008), le succès des résultats dépend d'abord de l'établissement d'une relation thérapeutique solide. Un autre point important est que l'ergothérapeute doit se montrer patient et tolérant envers son client, particulièrement dans un contexte d'accumulation compulsive puisque le processus peut s'avérer très long et laborieux. De plus, l'approche centrée sur le client reste un élément primordial mentionné par les ergothérapeutes de l'étude lorsqu'ils interviennent avec cette clientèle. En effet, il est essentiel que l'ergothérapeute implique activement le client dans le processus en lui proposant de choisir lui-même ses objectifs de désencombrement. Le fait de travailler sur des éléments significatifs pour le client et que ce dernier se sente davantage écouté et respecté peut favoriser, entre autres, sa motivation face à la thérapie et son implication dans le

processus (Taylor, 2008). De plus, dans certaines situations, il est important que ce dernier identifie lui-même comment désencombrer son logement pour arriver à correspondre aux normes sociosanitaires et ainsi éviter l'éviction. Finalement, la collaboration interdisciplinaire demeure un élément fondamental avec cette clientèle étant donné la complexité de la problématique de TP et les besoins multifactoriels des personnes qui la présentent.

### **6.3. Rôle de l'ergothérapeute et besoin de formation**

Les résultats de cette étude montrent clairement que les ergothérapeutes au Québec ont un rôle à jouer auprès d'une clientèle présentant une problématique de TP. Les ergothérapeutes du sondage ainsi que l'ergothérapeute 2 justifient d'ailleurs ce rôle de la même façon : l'encombrement de l'environnement physique représente un obstacle majeur à la réalisation des occupations et le fait que l'ergothérapeute soit en mesure d'évaluer l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations lui permet d'avoir une vision holistique des éléments ayant un impact sur l'autonomie et la sécurité à domicile du client. De plus, l'expérience de l'ergothérapeute 2 permet de constater qu'un des objectifs de l'ergothérapie avec cette clientèle est d'aider la personne à retrouver une identité occupationnelle.

Toutefois, bien que les ergothérapeutes de cette étude affirment avoir un rôle à jouer auprès de cette clientèle, ceux-ci se perçoivent peu à moyennement compétents pour intervenir. Selon la majorité des ergothérapeutes consultés, de la formation serait utile pour la pratique et permettrait d'accroître leur sentiment de compétence. En effet, sans compter les nombreuses lectures, recherches de données probantes et consultations à d'autres professionnels, très peu des ergothérapeutes (16,7%) ont assisté à des formations spécifiques et à des conférences sur la TP. Ceux-ci ne sont peut-être pas au courant qu'il existe bel et bien des formations ouvertes à tous sur ce trouble, telles que la *formation sur le trouble d'accumulation compulsive (TAC) pour les intervenants* donnée, entre autres, par Kieron O'Connor, Ph.D. et Natalia Koszegi, M.Ps. Certes, les ergothérapeutes devraient assister à ce genre de formations pour enrichir leurs connaissances. De plus, les résultats de cette étude amènent également à penser qu'il serait très intéressant que des ergothérapeutes ayant eu des clients présentant une problématique de TP y participent aussi en tant que conférenciers afin de témoigner de leurs expériences. Ceux-ci pourraient apporter une vision plus occupationnelle aux évaluations et interventions existantes

avec cette clientèle et mettre de l'avant les intérêts et les occupations signifiantes comme forces de ces personnes dans une optique de reconstruction de l'identité occupationnelle et de rétablissement en santé mentale.

## **6.4. Forces et limites de l'étude**

### **6.4.1. Forces**

Cette étude comprend des points forts. D'abord, celle-ci a permis d'explorer des phénomènes complexes, peu connus et peu étudiés dans les écrits jusqu'à présent, tels que les forces des personnes présentant une problématique de TP ainsi que les expériences de travail des ergothérapeutes au Québec avec cette clientèle. De plus, les trois volets de l'étude ont permis d'obtenir une compréhension plus large de ces phénomènes sous différents angles, soit celui des personnes présentant une problématique de TP ainsi que celui des ergothérapeutes. D'ailleurs, les deux méthodes différentes de collecte de données utilisées (entrevues individuelles et sondage) auprès des ergothérapeutes font en sorte que les sources d'informations sont plus diversifiées et permettent de corroborer certains résultats entre eux. Aussi, le fait que des ergothérapeutes provenant de 14 régions administratives différentes au Québec aient répondu au sondage permet d'obtenir un portrait plus global des expériences des ergothérapeutes de la province. Finalement, les questions des canevas d'entrevue ont été validées par la directrice de l'étudiante ayant réalisé cette recherche afin de s'assurer qu'elles permettaient d'explorer suffisamment en profondeur les phénomènes à l'étude. Un pré-test du questionnaire électronique a aussi été réalisé auprès de deux ergothérapeutes cliniciennes avant sa mise en ligne pour la collecte de données, ce qui augmente la validité de cet outil.

### **6.4.2. Limites**

Cette étude comporte plusieurs limites. En effet, étant donné le court laps de temps pour réaliser l'ensemble de la recherche, l'échantillon total de participants est de faible taille et la saturation empirique n'a pas été atteinte. Ceci diminue donc la validité externe de cette étude et fait en sorte qu'il est plus difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des ergothérapeutes travaillant au Québec ainsi qu'à l'ensemble des personnes présentant une problématique de TP. Par ailleurs, seulement une des deux participantes avait encore une problématique de TP au moment de l'entrevue (biais de sélection). De plus, les participantes du volet 1 n'ont pas reçu un



diagnostic de trouble de la TP et aucune observation de leur domicile n'a été réalisée au cours de cette recherche. Par conséquent, seulement leur témoignage ainsi que les perceptions de la personne de référence ont été considérés pour déterminer si celles-ci répondaient bel et bien aux critères d'inclusion de cette étude. Finalement, il n'y avait aucune certitude que les participants ayant répondu au sondage soient réellement des ergothérapeutes. Toutefois, des précautions ont tout de même été entreprises pour s'en assurer le plus possible, et ce, en publiant le lien du sondage électronique dans des groupes incluant essentiellement des ergothérapeutes sur les réseaux sociaux ainsi qu'en l'envoyant par courriel directement à des ergothérapeutes.

### **6.5. Retombées de l'étude pour la pratique en ergothérapie**

Cette étude a permis de mieux comprendre les défis occupationnels et sociaux auxquels les personnes présentant une problématique de TP sont confrontées au quotidien. Également, celle-ci a permis de faire ressortir des forces personnelles et environnementales et des aspects positifs de leur vie.

De plus, grâce à cette étude, il a été possible d'en apprendre davantage sur l'expérience des ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle en ce qui a trait aux différents contextes de pratique, aux évaluations et interventions utilisées ainsi qu'à leurs connaissances et besoins de formation dans ce domaine. Les résultats de cette recherche soutiennent que l'ergothérapeute a un rôle à jouer auprès de cette clientèle et qu'une approche axée sur les forces pourrait être utilisée en ergothérapie avec ces personnes.

Finalement, en plus de faire valoir la nécessité d'utiliser une approche interdisciplinaire et centrée sur le client, cette étude souligne l'importance de considérer le client comme un être occupationnel dont les intérêts et occupations signifiantes peuvent être utilisés comme moyens ainsi que comme finalités d'interventions.

## 7. CONCLUSION

Ce projet de recherche visait à explorer la perception de personnes présentant une problématique de TP quant à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement ainsi qu'à mieux connaître l'expérience des ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle.

En somme, la perception des forces de deux personnes présentant (ou ayant présenté) une problématique de TP a été explorée. Celles-ci ont mentionné plusieurs intérêts, occupations significantes, aspirations et compétences ainsi que plusieurs ressources dans leur environnement et un réseau social important. L'utilisation d'une approche axée sur les forces en ergothérapie avec cette clientèle apparaît alors possible dans une perspective de rétablissement en santé mentale. Des méthodes, telles que la narration et l'histoire de vie, pourraient permettre d'explorer les éléments positifs et stimulants chez le client et dans son environnement afin de favoriser la reprise d'occupations significantes, l'actualisation d'intérêts et aspirations et l'établissement de relations sociales significatives.

De plus, l'expérience des ergothérapeutes avec cette clientèle a été explorée auprès de deux ergothérapeutes de la Mauricie et par questionnaire électronique auprès de 30 ergothérapeutes provenant de 14 régions administratives différentes au Québec. Les ergothérapeutes au Québec sont appelés à travailler avec des personnes présentant une problématique de TP que ce soit en santé mentale ou en santé physique, et ce, majoritairement en CLSC ou en centre hospitalier ainsi qu'auprès d'adultes ou de personnes âgées. De plus, les ergothérapeutes réalisent des interventions basées sur plusieurs schèmes de référence et approches qui s'accordent avec ce qui est proposé dans les écrits. Finalement, les ergothérapeutes croient avoir un rôle à jouer auprès de cette clientèle, mais de la formation serait utile pour la pratique et permettrait d'accroître leur sentiment de compétence.

Pour de futures recherches, il serait intéressant d'explorer la perception que les personnes présentant une problématique de TP ont de leurs forces individuelles et des forces de leur environnement avec un plus grand échantillon afin de valider les résultats obtenus dans cette étude. De plus, il pourrait aussi être pertinent de concevoir un document de référence détaillant

les pratiques existantes en ergothérapie auprès de personnes présentant une problématique de TP afin d'outiller les ergothérapeutes au Québec à intervenir auprès de cette clientèle. Finalement, il serait intéressant d'explorer les effets des interventions ergothérapiques auprès de cette clientèle afin de promouvoir le rôle de l'ergothérapeute dans cette pratique émergente.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2007). *Soutien d'intensité variable en santé mentale : Cadre de référence régional*. Récupéré de <http://www.agencesss04.qc.ca/publications/autres-documents/2007.html>
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A., Crocq et J. D., Guelfi, trad.). Montréal, Canada: Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Association).
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2002). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE. Récupéré de [https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil\\_de\\_la\\_pratique\\_des\\_ergotherapeutes\\_au\\_Canada2012l.pdf](https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil_de_la_pratique_des_ergotherapeutes_au_Canada2012l.pdf)
- Autonomie (2010). Dans *Le Petit Larousse*. Paris, France : Éditions Larousse.
- Ayers, C. R., Bratiotis, C., Saxena, S. et Wetherell, J. L. (2012). Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: A collective case study. *Aging & Mental Health*, 16(7), 915-921. doi:10.1080/13607863.2012.678480
- Ayers, C. R., Saxena, S., Espejo, E., Twamley, E. W., Granholm, E. et Wetherell, J. L. (2014). Novel treatment for geriatric hoarding disorder: An open trial of cognitive rehabilitation paired with behavior therapy. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(3), 248-252. doi: 10.1016/j.jagp.2013.02.010
- Ayers, C. R., Saxena, S., Golshan, S. et Wetherell, J. L. (2010). Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(2), 142-149. doi:10.1002/gps.2310
- Beauchet, O., Imler, D., Cadet, L., Blanc, P., Ramboa, P., Girtanner, C. et Gonthier, R. (2002). Le syndrome de Diogène du sujet âgé : Forme clinique d'un dysfonctionnement frontal? À propos de quatre observations. *La Revue de médecine interne*, 23(2), 122-131. doi: 10.1016/S0248-8663(01)00527-6

- Bineau, M. (2013). *Trouble obsessionnel-compulsif et accumulation compulsive : similitudes et différences* (essai de 3<sup>e</sup> cycle, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada). Récupéré du site de la bibliothèque de l'Université : <http://depot-e.uqtr.ca/6907/1/030586010.pdf>
- Bratiliotis, C., Steketee, G. et Schmalisch, C. S. (2011). *The Hoarding Handbook: A Guide for Human Service Professionals*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Brown, D., McWilliam, C. et Ward-griffin, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 160-168. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03711.x
- Chater, C., Shaw, J. et McKay, S. M. (2013). Hoarding in the home: a toolkit for the home healthcare provider. *Home Healthcare Nurse*, 31(3), 144-154. doi:10.1097/NHH.0b013e3182838847
- Cole, M. B. (2012). *Group dynamics in occupational therapy : The theoretical basis and practice application of group intervention* (4th ed.). Thorofare, NJ: SLACK.
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H. J. (2013a). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.269-289). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Davis, J., Craik, J. et Polatajko, H. J. (2013b). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le processus. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.291-328). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Denning, P. et Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Dunton, W. R. Jr. (1919). *Reconstruction therapy*. Philadelphie, PA: W.B. Saunders. Récupéré de [http://www.dunton.org/archive/biographies/William\\_Rush\\_Dunton/Reconstruction\\_therapy.pdf](http://www.dunton.org/archive/biographies/William_Rush_Dunton/Reconstruction_therapy.pdf)
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Frost, R. O., Hristova, V., Steketee, G. et Tolin, D. F. (2012). Activities of daily living scale in hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 85-90. doi: 10.1016/j.jocrd.2012.12.004

- Frost, R. O., Steketee, G. et Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28(10), 876-884. doi: 10.1002/da.20861
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H. et Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 675-686.
- Hood, C. et Carruthers, C. (2007). Enhancing leisure experience and developing resources: The leisure and well-being model, part II. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 298-325.
- Kellett, S. et Knight, K. (2003). Does the concept of object-affect fusion refine cognitive-behavioural theories of hoarding? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(4), 457-461. doi: 10.1017/S1352465803004077
- Kim, H.-J., Steketee, G. et Frost, R. O. (2001). Hoarding by elderly people. *Health and Social Work*, 26(3), 176-184.
- Koenig, T. L., Chapin, R. et Spano, R. (2010). Using multidisciplinary teams to address ethical dilemmas with older adults who hoard. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(2), 137-147. doi: 10.1080/01634370903340353
- Koenig, T. L., Leiste, M. R., Spano, R. et Chapin, R. K. (2013). Multidisciplinary team perspectives on older adult hoarding and mental illness. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(1), 56-75. doi: 10.1080/08946566.2012.712856
- Ladd, P. D. et Churchill, A. C. (2012). *Person-Centered Diagnosis and Treatment in Mental Health : A Model for Empowering Clients*. London, England : Jessica Kingsley Publishers.
- Moreau, A. (2016). *L'accumulation compulsive : Perspectives de l'intervention psychosociale* (mémoire de maîtrise, Université Laval, Canada). Récupéré du site de la bibliothèque de l'Université : <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/32576>
- O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M-E. et Koszegi., N. (2012). *Entre monts et merveilles : Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Québec, Canada : Éditions MultiMondes.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Constitution de l'OMS : ses principes*. Récupéré de <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Park, N., Peterson, C. et Seligman, M. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 118-129. doi:10.1080/17439760600619567
- Pettie, D. et Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 255-262.

- Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhari, P., Harvey, A., ...Connor-Schisler, A. (2013). L'occupation humaine mise en contexte. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.45-74). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.15-44). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Provencher, H. L., Lecomte, Y., Saucier, J.-F. et Lauzon, G. (2002). L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques. *Santé Mentale Au Québec*, 27(1), 35-64. doi:10.7202/014538ar
- Rapp, C. A. (2004). Le suivi communautaire : approche axée sur les forces. Dans R. Émard et T. Aubry (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale, une invitation à bâtir sa vie*. p.31-65. Ottawa, Canada : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model : A recovery-oriented approach to mental health services* (3e éd.). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Rapp, C. A., Saleebey, D. et Sullivan, W. P. (2006). The future of strengths-based social work. *Advances in Social Work: Special Issue on the Futures of Social Work*, 6(1), 79-90.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Steketee, G. et Frost, R. O. (2007). *Compulsive Hoarding and Acquiring: Therapist guide*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Steketee, G. et Frost, R. O. (2014a). *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Steketee, G. et Frost, R. O. (2014b). *Treatment for hoarding disorder: Therapist guide* (2e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Taylor, R. (2008). *The intentional relationship : Occupational therapy and use of self*. Philadelphia, Penns. : F.A. Davis Co.

- Thomson, D. (2015). *Le cadre de référence sur la pratique SMA en 1re ligne orientée vers le rétablissement*. Récupéré du site de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/utilitaires/recherche-generale.fr.html?q=cadre+r%C3%A9f%C3%A9rence&scope=all&l=fr&p=1&method%3Asearch=&x=0&y=0>
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G. et Fitch, K. E. (2008a). Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334-344. doi: 10.1016/j.brat.2007.12.008
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D. et Fitch, K. E. (2008b). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160(2), 200-211. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.008
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G. et Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta-analysis. *Depression And Anxiety*, 32(3), 158-166. doi:10.1002/da.22327
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O. et Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 27(9), 829-838. doi: 10.1002/da.20684
- Tompkins, M. A. (2011). Working with families of people who hoard: a harm reduction approach. *Journal of clinical psychology*, 67(5), 497-506.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ...Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.103-158). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Trentham, B., Clark, J., Dubouloz-Wilner, C.-J., Pentland, W., Doble, S. et Laliberte Rudman, D. (2013). Habilitier au changement personnel. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilité à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin, pp.159-180). Ottawa, Canada : CAOT Publications ACE.
- Turner, K., Steketee, G. et Nauth, L. (2010). Treating elders with compulsive hoarding: A pilot program. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17(4), 449-457. doi:10.1016/j.cbpra.2010.04.001
- Vallée, C., Briand, C., Hébert, L., Nader, A.-M. et Petitclerc, L. (2009). *L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne : Adulte*. Récupéré du site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec : <http://www.oeq.org/publications/documents-professionnels.fr.html>



**ANNEXE A**  
**AUTORISATION D'UTILISER LA FIGURE DU MCPP**



**Canadian Association of Occupational Therapists**  
**Association canadienne des ergothérapeutes**

---

**CAOT Publications ACE**  
**Demande d'autorisation d'utiliser du matériel protégé par  
le droit d'auteur**

28 Septembre 2016

Maude Lallemand  
UQTR  
3351 Boulevard des Forges  
Trois-Rivières (Québec)  
G9A 5H7

Madame,

Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation d'utiliser la figure 9.1 du diagramme du MCPP afin de la présenter dans votre essai intitulée : « Thésaurisation pathologique au quotidien : Expérience des ergothérapeutes et perspectives des personnes clés » que vous défendrez à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Figure 9.1 (MCPP) Modèle canadien du processus de pratique, dans Polatajko H., Townsend E., Craik, J. (2013). *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE. p. 274.

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source de la figure soit citée. Veuillez vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que l'utilisation de la figure a été autorisée par CAOT Publications ACE. Cette autorisation est strictement réservée à l'usage mentionné ci-dessus et ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage, comme de futures éditions ou traductions.

Merci.

Cordialement,

Stéphane Rochon  
Administrateur aux publications de l'ACE

**ANNEXE B**  
**CANEVAS D'ENTREVUE AUPRÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE**  
**PROBLÉMATIQUE DE TP**

**Questionnaire sur la perception des personnes ayant une problématique de thésaurisation  
pathologique par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement  
(ENTREVUE)**

- 1) Comment se passe votre quotidien (votre vie de tous les jours)?
  - a. Pouvez-vous décrire une journée type?
- 2) Parlez-moi de ce qui vous rend heureux(se) dans vos journées?
- 3) Présentement, pouvez-vous me parler de :
  - a. Ce que vous aimez faire, vos intérêts, vos loisirs?
  - b. Ce dans quoi vous vous trouvez bon(ne), compétent(e)? Ce dans quoi vous réussissez?
- 4) Qu'est-ce que vous aimez :
  - a. De votre quartier?
  - b. De votre appartement (ou maison)?
- 5) Quelles ressources dans la communauté connaissez-vous?
- 6) Utilisez-vous ces ressources? Lesquelles?
- 7) Avez-vous des amis, des personnes proches de vous?
  - a. Les voyez-vous souvent?
  - b. Comment entretenez-vous ces relations (exemples : téléphone, en personne)?
- 8) Est-ce qu'il y a des activités que vous aimiez faire et que vous avez cessées?
- 9) Y a-t-il des activités que vous aimeriez reprendre?
- 10) Quelles sont vos aspirations pour le futur (désirs, buts, rêves)?
  - a. Y a-t-il un projet que vous aimeriez réaliser?
  - b. Croyez-vous que c'est possible? Comment?

## **ANNEXE C**

### **CANEVAS D'ENTREVUE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES**

#### **Questionnaire sur l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle présentant un trouble de la thésaurisation pathologique (ENTREVUE)**

- 1) Dans quel milieu travaillez-vous ou avez travaillé?
- 2) Avec quelle clientèle travaillez-vous ou avez travaillé?
- 3) Combien d'années d'expérience avez-vous comme ergothérapeute?
- 4) Combien de personnes présentant un trouble de la thésaurisation pathologique avez-vous rencontrées dans le cadre de votre travail?
- 5) Dans votre travail, avez-vous rencontré l'entourage de ces personnes?
- 6) Quel était le motif initial de la référence en ergothérapie dans chacun des cas?
- 7) Quel professionnel est intervenu spécifiquement sur la problématique de thésaurisation pathologique dans chacun des cas?
- 8) Quelles ont été vos interventions en lien avec le motif de la référence en ergothérapie dans chacun des cas?
- 9) Quelles ont été vos interventions en lien avec la problématique de thésaurisation pathologique dans chacun des cas?
- 10) D'après vous, l'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer auprès de cette clientèle?
- 11) Si oui : D'après votre expérience, quel est le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces personnes?
- 12) Si non : Pour quelle raison, selon vous, l'ergothérapeute n'a pas de rôle à jouer auprès de ces personnes?
- 13) Selon votre expérience...
  - a. Qu'est-ce qui aide le plus ces personnes?
  - b. Quelles sont les forces de ces personnes?
- 14) Comment percevez-vous vos compétences pour intervenir sur cette problématique?
- 15) Y a-t-il des éléments (exemples : connaissances, formations, soutien, etc.) qui pourraient vous être utiles pour intervenir à nouveau avec cette clientèle?

**ANNEXE D**  
**SONDAGE AUPRÈS DES ERGOTHÉRAPEUTES**

\* 1. Quel est votre sexe ?

☐ Homme

☐ Femme

\* 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

☐ 20-30 ans

☐ 31-40 ans

☐ 41-50 ans

☐ 51-60 ans

☐ 61 ans et plus

\* 3. Dans quelle région administrative travaillez-vous?

- ☐ Bas-Saint-Laurent
- ☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean
- ☐ Capitale-Nationale
- ☐ Mauricie
- ☐ Estrie
- ☐ Montréal
- ☐ Outaouais
- ☐ Abitibi-Témiscamingue
- ☐ Côte-Nord
- ☐ Nord-du-Québec
- ☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- ☐ Chaudière-Appalaches
- ☐ Laval
- ☐ Lanaudière
- ☐ Laurentides
- ☐ Montérégie
- ☐ Centre-du-Québec
- ☐ Autre (veuillez préciser)

\* 4. Dans quel milieu travaillez-vous?

- ☐ Hôpital
- ☐ CLSC
- ☐ Centre de réadaptation
- ☐ CHSLD
- ☐ Clinique privée
- ☐ Communautaire
- ☐ Autre (veuillez préciser)

\* 5. Avec quel type de clientèle travaillez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Enfants (0-18 ans)
- ☐ Adultes
- ☐ Personnes âgées
- ☐ Santé physique
- ☐ Santé mentale
- ☐ Autre (veuillez préciser)

\* 6. Combien d'années d'expérience avez-vous comme ergothérapeute?

- ☐ 0-4 ans
- ☐ 5-9 ans
- ☐ 10-19 ans
- ☐ 20 ans et plus

\* 7. Combien de personnes ayant la problématique de thésaurisation pathologique (accumulation compulsive) avez-vous rencontrées DIRECTEMENT dans le contexte de votre travail?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4-5
- ☐ 6 et plus

\* 8. Après de combien de personnes ayant la problématique de thésaurisation pathologique (accumulation compulsive) avez-vous été impliqué(e) INDIRECTEMENT dans le contexte de votre travail?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4-5
- ☐ 6 et plus

\* 9. Dans votre travail, avez-vous rencontré l'entourage de cette/ces personne(s)?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez préciser les personnes que vous avez rencontrées :

\* 10. Dans quel contexte avez-vous été impliqué DIRECTEMENT ou INDIRECTEMENT auprès d'une personne présentant un trouble de la thésaurisation pathologique dans le cadre de votre travail? (plusieurs réponses possibles)

☐ Prise en charge individuelle

☐ Intervention ponctuelle

☐ Intervention auprès d'un proche de la personne

☐ Discussion de cas en équipe

☐ Consultation

☐ Intervention de groupe

☐ Autre (veuillez préciser)

\* 11. Avez-vous eu une/des références en ergothérapie pour intervenir auprès de personnes présentant une problématique de thésaurisation pathologique?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quel était le motif initial de la référence en ergothérapie? (si vous avez eu plusieurs expériences, veuillez préciser pour chacune des situations)

\* 12. Qui est intervenu spécifiquement sur la problématique de thésaurisation pathologique dans ce/ces cas?  
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Moi (ergothérapeute)
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Psychoéducateur
- ☐ Médecin
- ☐ Soins infirmiers
- ☐ Travailleur de rue
- ☐ Auxiliaire familiale
- ☐ Autre (veuillez préciser dans le champ de commentaire)

Si vous avez eu plusieurs expériences, veuillez préciser pour chacune des situations si vous êtes intervenu(e) seul(e) ou en équipe et indiquez les personnes impliquées :

\* 13. Quelles ont été vos interventions EN LIEN AVEC LE MOTIF DE LA RÉFÉRENCE INITIALE EN ERGOTHÉRAPIE auprès de cette/ces personne(s)? (si vous avez eu plusieurs expériences, veuillez préciser pour chacune des situations)

\* 14. Quelles ont été vos interventions EN LIEN SPÉCIFIQUEMENT AVEC LA PROBLÉMATIQUE DE THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE auprès de cette/ces personne(s)? (si vous avez eu plusieurs expériences, veuillez préciser pour chacune des situations)

- ☐ Je n'ai fait aucune intervention spécifiquement en lien avec la problématique de thésaurisation pathologique.
- ☐ J'ai fait des interventions.

(inscrire les interventions dans le champ de commentaire)



\* 15. Avez-vous reçu de la formation (ex: lectures, données probantes, discussions, formation spécifique, etc.) pour intervenir auprès de cette clientèle?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez préciser vos outils de formation :

\* 16. Comment percevez-vous vos compétences pour intervenir sur cette problématique?

☐ Compétent

☐ Moyennement compétent

☐ Peu compétent

☐ Aucunement compétent

\* 17. D'après vous, l'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer auprès de cette clientèle?

☐ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu OUI, veuillez répondre à la question 18.

Si vous avez répondu NON, veuillez répondre à la question 19.

18. D'après vous, quel est le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle?

19. D'après vous, quelles sont les raisons pour lesquelles l'ergothérapeute n'a pas de rôle à jouer auprès de cette clientèle?

\* 20. Pensez-vous qu'une formation sur les interventions possibles en ergothérapie avec cette clientèle serait utile à votre pratique?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pouvez-vous préciser quels éléments ou aspects seraient pertinents pour une formation?

21. Commentaires à ajouter (facultatif) :

**ANNEXE E**  
**LETTRE D'INFORMATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE**  
**PROBLÉMATIQUE DE TP**



**LETTRE D'INFORMATION**

***Thésaurisation pathologique au quotidien :  
Expérience des ergothérapeutes et perspective des personnes clés***

**MaudeALLEMAND,**  
**Étudiante à la maîtrise en ergothérapie**  
**Sous la supervision de Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

Cette étude vise, en partie, à connaître la perception des personnes ayant une problématique de thésaurisation pathologique, ou d'accumulation compulsive, par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement. Votre participation à celle-ci serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Ce projet de recherche comprend plusieurs objectifs : Connaître la perception des personnes ayant une problématique de thésaurisation pathologique (accumulation compulsive) par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement; connaître l'expérience des propriétaires (ou gestionnaires ou concierges) de logements ayant eu un/des locataires présentant cette problématique; connaître l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle présentant cette problématique. Les renseignements contenus dans cette présente lettre visent à vous informer précisément des implications de votre éventuelle participation à la recherche et à vous aider à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement ce formulaire de consentement et de poser toutes vos questions au besoin.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue semi-structurée. Celle-ci se fera sous forme de discussion comportant différentes questions ouvertes et fermées. Des questions notamment sur vos compétences, intérêts, aspirations, votre réseau social ainsi que sur les ressources de votre environnement permettront de documenter la perception que vous avez des aspects positifs dans votre vie. Cette entrevue sera enregistrée et devrait nécessiter entre 30 minutes et une heure.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Il est possible que votre participation à l'entrevue puisse générer chez vous une certaine anxiété ou charge émotionnelle puisqu'il peut être difficile de parler ouvertement de ce que vous vivez au quotidien. Toutefois, sachez que l'entrevue sera réalisée dans une atmosphère de non-jugement et seulement dans un but de mieux comprendre

Numéro du certificat : CDERS-16-7-06.08  
Certificat émis le 19 mai 2016

votre expérience. De plus, un suivi par l'organisme Point de Rue vous sera offert si vous en ressentez le besoin.

#### **Bénéfices**

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances, vous recevrez un montant de 10\$ après avoir réalisé l'entrevue. De plus, suite à votre participation, je m'engage à vous envoyer une copie des résultats, si vous le souhaitez.

#### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Toutes les informations recueillies demeureront anonymes, puis aucun nom n'apparaîtra lors de la transcription de la rencontre. Votre confidentialité sera assurée puisque des noms fictifs seront attribués à tous les participants de cette étude. Les renseignements pouvant mener à votre identification seront éliminés lors de la transcription de l'entrevue. Les résultats de la recherche, diffusés sous forme d'exposé oral et dans l'essai critique, ne permettront pas d'identifier les participants en aucune manière.

De plus, les données recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'UQTR et dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans mon ordinateur personnel. Les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et ma directrice de maîtrise Mme Ginette Aubin, professeure. Elles seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2017, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

#### **Remerciement**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

#### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, Maude Lallemand, par courriel au [maude.lallemand@uqtr.ca](mailto:maude.lallemand@uqtr.ca) ou avec Mme Ginette Aubin par courriel au [ginette.aubin@uqtr.ca](mailto:ginette.aubin@uqtr.ca) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3744.

#### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.08 a été émis le 19 mai 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courriel au [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

Numéro du certificat : CDERS-16-7-06.08  
Certificat émis le 19 mai 2016

## ANNEXE F

### LETTRE D'INFORMATION POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES RENCONTRÉS EN ENTREVUE



#### LETTRE D'INFORMATION

***Thésaurisation pathologique au quotidien :  
Expérience des ergothérapeutes et perspective des personnes clés***

**Maude Lallemant,  
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie  
Sous la supervision de Ginette Aubin, Ph.D.  
Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

Cette étude vise, en partie, à connaître l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle ayant un trouble de la thésaurisation pathologique (accumulation compulsive). Votre participation à celle-ci serait grandement appréciée.

#### **Objectifs**

Ce projet de recherche comprend plusieurs objectifs : Connaître la perception des personnes ayant une problématique de thésaurisation pathologique (accumulation compulsive) par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement; connaître l'expérience des propriétaires (ou gestionnaires ou concierges) de logements ayant eu un/des locataires présentant cette problématique; connaître l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle présentant cette problématique. Les renseignements contenus dans cette présente lettre visent à vous informer précisément des implications de votre éventuelle participation à la recherche et à vous aider à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement ce formulaire de consentement et de poser toutes vos questions au besoin.

#### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue semi-structurée. Celle-ci se fera sous forme de discussion comportant différentes questions ouvertes et fermées. Des questions notamment sur le nombre de personnes rencontrées, les interventions mises en place, le rôle que vous avez joué, comment vous vous êtes senti outillé ainsi que vos perceptions permettront de documenter l'expérience des ergothérapeutes au Québec avec cette clientèle. Cette entrevue sera enregistrée et devrait nécessiter entre 30 et 45 minutes.

#### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré à répondre au questionnaire demeure le seul inconvénient.



### **Bénéfices**

En plus de contribuer à l'avancement des connaissances, vous recevrez un montant de 10\$ après avoir réalisé l'entrevue. De plus, suite à votre participation, je m'engage à vous envoyer une copie des résultats, si vous le souhaitez.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Toutes les informations recueillies demeureront anonymes, puis aucun nom n'apparaîtra lors de la transcription de la rencontre. Votre confidentialité sera assurée puisque des noms fictifs seront attribués à tous les participants de cette étude. Les renseignements pouvant mener à votre identification seront éliminés lors de la transcription de l'entrevue. Les résultats de la recherche, diffusés sous forme d'exposé oral et dans l'essai critique, ne permettront pas d'identifier les participants en aucune manière.

De plus, les données recueillies seront conservées dans un classeur verrouillé à clé dans le laboratoire de recherche en ergothérapie de l'UQTR et dans des fichiers verrouillés par des mots de passe dans mon ordinateur personnel. Les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et ma directrice de maîtrise Mme Ginette Aubin, professeure. Elles seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2017, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

### **Remerciement**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, Maude Lallemand, par courriel au [maude.lallemand@uqtr.ca](mailto:maude.lallemand@uqtr.ca) ou avec Mme Ginette Aubin par courriel au [ginette.aubin@uqtr.ca](mailto:ginette.aubin@uqtr.ca) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3744.

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.08 a été émis le 19 mai 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courriel au [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).

Numéro du certificat : CDERS-16-7-06.08  
Certificat émis le 19 mai 2016

## ANNEXE G

### LETTRE D'INFORMATION POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES PARTICIPANTS AU SONDAGE

**Maude Lallemand,**  
**Étudiante à la maîtrise en ergothérapie**  
**Sous la supervision de Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières**

#### **Nous vous invitons à participer à une étude :**

Cette étude vise à connaître l'expérience des ergothérapeutes auprès de personnes présentant une problématique de thésaurisation pathologique (accumulation compulsive ou syllogomanie). Votre participation à celle-ci serait grandement appréciée.

#### **Thésaurisation pathologique**

Selon le DSM-V (APA, 2015), une personne est atteinte de ce trouble lorsqu'elle est incapable de se départir de ses biens, même sans valeur, en raison d'un besoin excessif de les conserver et d'une détresse significative face au fait de s'en départir. Ces symptômes entraînent une accumulation d'objets encombrant le milieu de vie de la personne, ce qui cause chez celle-ci des difficultés majeures à fonctionner dans son quotidien. Toutefois, comme ces personnes sont très souvent isolées, c'est généralement lors d'une visite à domicile pour un quelconque autre problème que cette problématique est constatée sans qu'un diagnostic soit nécessairement posé. Or, dans le cadre de ce projet de maîtrise le terme "thésaurisation pathologique" est employé, mais je m'intéresse à toutes les personnes qui accumulent de façon compulsive des objets au point tel que cela devient problématique (ex: trouble de thésaurisation pathologique, TOC, syndrome de Diogène, etc.).

Source : American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A., Crocq et J. D., Guelfi, trad.). Montréal, Canada: Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013 sous le titre *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Association).

#### **Objectifs**

L'objectif du projet est de connaître l'expérience des ergothérapeutes dans leur travail auprès d'une clientèle présentant cette problématique. C'est pour cela que nous vous invitons à participer. Les renseignements contenus dans cette lettre d'information visent à vous informer précisément des implications de votre éventuelle participation à la recherche et à vous aider à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement ce formulaire de consentement et de poser toutes vos questions au besoin en utilisant les coordonnées indiquées à la fin de cette lettre.

#### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un court questionnaire. Celui-ci comprend des questions ouvertes et fermées. Des questions portant notamment sur le nombre de personnes avec lesquelles vous avez eu une expérience de travail directe ou indirecte, les interventions mises en place ainsi que les compétences requises permettront de documenter l'expérience des ergothérapeutes au Québec avec cette clientèle. Ce questionnaire devrait nécessiter entre 10 et 20 minutes.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré à répondre au questionnaire demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle présentant un trouble de la thésaurisation pathologique est le seul bénéfice indirect prévu à votre participation. Toutefois, suite à votre participation, je m'engage à vous envoyer une copie des résultats, si vous le souhaitez. Pour ce faire, vous pouvez m'écrire personnellement en utilisant l'adresse courriel indiquée à la fin de cette lettre.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont anonymes et entièrement confidentielles. En aucun cas, les réponses au questionnaire ne pourront mener à votre identification. De plus, les résultats de la recherche, diffusés sous forme d'exposé oral, dans l'essai critique, dans une présentation à une conférence ou dans un article ne permettront pas d'identifier les participants en aucune manière.

Les données recueillies seront conservées dans des fichiers électroniques avec mots de passe et les seules personnes qui y auront accès seront moi-même et ma directrice de maîtrise Mme Ginette Aubin, professeure. Elles seront détruites un an après le dépôt final de l'essai, soit en décembre 2017, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

**Remerciement**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi-même, Maude Lallemand, par courriel au [maude.lallemand@uqtr.ca](mailto:maude.lallemand@uqtr.ca) ou avec Mme Ginette Aubin par courriel au [ginette.aubin@uqtr.ca](mailto:ginette.aubin@uqtr.ca) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3744.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CDERS-16-7-06.08 a été émis le 19 mai 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courriel au [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



**ANNEXE H**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE**  
**PROBLÉMATIQUE DE TP**



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

***Thésaurisation pathologique au quotidien :  
Expérience des ergothérapeutes et perspective des personnes clés***

**Engagement du chercheur**

Moi, Maude Lallemand, je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation d'êtres humains.

**Consentement du participant**

J'affirme avoir lu et compris le document explicatif de l'étude ainsi que les conséquences potentielles qui y sont associées. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice. De ce fait, je consens librement à participer au présent projet de recherche sur la perception des personnes présentant un trouble de la thésaurisation pathologique par rapport à leurs forces individuelles et les forces de leur environnement.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participant	Chercheur
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois de décembre 2016. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne.

Adresse : \_\_\_\_\_

Si cette adresse vient à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

Numéro du certificat : CDERS-16-7-06.08  
Certificat émis le 19 mai 2016

**ANNEXE I**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES**  
**RENCONTRÉS EN ENTREVUE**



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

***Thésaurisation pathologique au quotidien :  
Expérience des ergothérapeutes et perspective des personnes clés***

**Engagement du chercheur**

Moi, Maude Lallemand, je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation d'êtres humains.

**Consentement du participant**

J'affirme avoir lu et compris le document explicatif de l'étude ainsi que les conséquences potentielles qui y sont associées. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice. De ce fait, je consens librement à participer au présent projet de recherche sur l'expérience des ergothérapeutes auprès de personnes présentant un trouble de la thésaurisation pathologique.

**J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**

Participant	Chercheur
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois de décembre 2016. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne.

Adresse : \_\_\_\_\_  
Si cette adresse vient à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

**ANNEXE J**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES**  
**PARTICIPANTS AU SONDAGE**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Engagement du chercheur**

Moi, Maude Lallemand, je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation d'êtres humains.

**Consentement du participant**

En remplissant et en transmettant le questionnaire intitulé : Questionnaire sur l'expérience des ergothérapeutes avec une clientèle présentant une problématique de thésaurisation pathologique, j'affirme avoir lu et compris le document explicatif et j'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois de décembre 2016. Écrivez-moi en message privé l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne. Si cette adresse vient à changer, il vous faudra en informer le chercheur.

Veuillez cliquer sur le bouton suivant pour répondre au questionnaire en ligne.